PUBBLICAZIONI DEGLI ARCHIVI DI STATO
SAGGI 69

MEDICINA E OSPEDALI MEMORIA E FUTURO

ASPETTI E PROBLEMI DEGLI ARCHIVI SANITARI

Atti del convegno
Napoli, 20-21 dicembre 1996

MINISTERO PER I BENI E LE ATTIVITÀ CULTURALI
DIREZIONE GENERALE PER GLI ARCHIVI
2001

DIREZIONE GENERALE PER GLI ARCHIVI
SERVIZIO DOCUMENTAZIONE E PUBBLICAZIONI ARCHIVISTICHE

Direttore generale per gli archivi: Salvatore Italia
Direttore del Servizio: Antonio Dentoni-Litta

Comitato per le pubblicazioni: Salvatore Italia, *presidente*, Paola Carucci, Antonio Dentoni-Litta, Ferruccio Ferruzzi, Cosimo Damiano Fonseca, Guido Melis, Claudio Pavone, Leopoldo Puncuh, Isabella Ricci, Antonio Romiti, Isidoro Soffietti, Giuseppe Talamo, Lucia Fauci, Moro, *segretaria.*

Il volume è stato curato da Elisa Allocati; alla raccolta degli atti ha collaborato Maria Antonietta Piccolo.

© 2001 Ministero per i beni e le attività culturali
Direzione generale per gli archivi
ISBN 88-7125-208-X

Vendita: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato-Libreria dello Stato
Piazza Verdi 10, 00198 Roma

Stampa: Arte Tipografica - Via S. Biagio dei Librai, 39 - Napoli - novembre 2001

COMITATO SCIENTIFICO

dott. Giulio Raimondi
(Soprintendente archivistico per la Campania)

avv. Gerardo Marotta
(Presidente Istituto Italiano Studi Filosofici)

prof. Cosimo Damiano Fonseca
(già Presidente nazionale C.I.S.O.)

Prof. Paolo Frascani
(Istituto Universitario Orientale di Napoli)

prof. Antonio Grella
(II Università degli Studi di Napoli)

prof. Vittorio Donato Capatano
(già Direttore Ospedale Psichiatrico Aversa)

dott.ssa Elisa Allocati
(Soprintendenza Archivistica per la Campania)

dott.ssa Adriana Carnevale
(Soprintendenza Archivistica per la Campania)

COORDINAMENTO SCIENTIFICO
dott. Elisa Allocati

Con la collaborazione di
Istituto per gli Studi Filosofici di Napoli

Con il patrocinio di
Regione Campania
Provincia di Napoli
Comune di Napoli
Università degli Studi di Napoli "Federico II"
II Università degli Studi di Napoli

Con il contributo di
Assessorato Regionale alla Pubblica Istruzione e Cultura

Con la partecipazione di
C.I.S.O. - Centro Italiano Storia Sanitaria ed Ospitaliera
Aziende Sanitarie Locali e Presidi Ospedalieri della Regione Campania

PROGRAMMA

Napoli, 20 dicembre 1996
Soprintendenza per la Campania
via S. Biagio dei Librai, 39 (Palazzo Marigliano)

Indirizzi di saluto:

SALVATORE MASTRUZZI *(Direttore generale per i Beni Archivistici)*
RAFFAELE CALABRÒ *(Assessore regionale alla Sanità)*
VINCENZO FASANO *(Assessore regionale Pubblica Istruzione e Cultura)*
ANTONIO GRELLA *(Preside Facoltà Medicina, II Università degli Studi di Napoli)*
RENATO NICOLINI *(Assessore all'Identità del Comune di Napoli)*

I sessione - ore 9.00

Presiede
PAOLA CARUCCI *(Università degli Studi "La Sapienza" - Roma)*

Introduzione ai lavori
GIULIO RAIMONDI *(Soprintendente Archivistico per la Campania)*

- Vigilanza e valorizzazione degli archivi sanitari
  GABRIELLA DE LONGIS CRISTALDI *(Ufficio Centrale Beni Archivistici)*
- Archivi sanitari: riflessioni
  ELISA ALLOCATI *(Soprintendenza Archivistica per la Campania)*
- Istituzione ospedaliera e scuola di medicina a Napoli: origini e cronologia
  VINCENZO MEZZOGIORNO *(Facoltà di Medicina, II Università degli Studi di Napoli)*
- Aspetti e problemi di storia della sanità (XIX-XX sec.)
  MARIA LUISA BETRI *(Università degli Studi di Milano)*
- *Matti nel sud peninsulare d'Italia (XVI-XX secolo)*
  VITTORIO DONATO CATAPANO *(già Direttore Ospedale Psichiatrico Aversa)*

- Il C.I.S.O. pone all'attenzione nazionale ed europea la salvaguardia degli archivi ospedalieri e degli enti di pubblica assistenza
  CORRADO CORGHI *(Presidente Nazionale Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospitaliera)*
- L'eterogeneità dei patrimoni ospedalieri: problemi della conservazione e della valorizzazione
  NELLI-ELENA VANZAN MARCHINI *(Centro Italiano Storia Sanitaria ed Ospitaliera, Presidente sezione Veneto)*

II sessione - ore 15.30

Presiede
ANTONIO DENTONI LITTA *(Ufficio Centrale Beni archivistici)*

- "Aspetti della vigilanza sugli archivi sanitari"
  GIOVANNI PESIRI *(Ufficio Centrale Beni Archivistici)*
- "I regolamenti sulla riproduzione sostitutiva degli archivi sanitari"
  VINCENZA GRILLO *(Gabinetto del Ministro per i BB.CC.)*
- "Problemi di gestione e conservazione di cartelle cliniche"
  ANNA LIA BONELLA *(Archivio di Stato di Roma)*
- "L'organizzazione amministrativa delle Aziende Sanitarie Locali"
  ROMANO MELORO *(Direttore amministrativo ASL "Salerno 2")*
- Interventi dei Direttori Generali delle AA.SS.LL. Campania

Comunicazioni

Dibattito

Napoli, 21 dicembre 1996
Istituto per gli Studi Filosofoci
via Monte di Dio, Palazzo Serra di Cassano

Indirizzi di saluto: GERARDO MAROTTA *(Presidente dell'Istituto per gli Studi Filosofici)*

III sessione - ore 9.30

Presiede
GABRIELLA CRISTALDI *(Ispettore generale archivistico)*

- "Legittimità e funzionalità archivistica della conservazione dei documenti su supporto ottico"
  VINCENZO FRANCO *(Ufficio Centrale Beni Archivistici)*
- "L'attività della Soprintendenza archivistica per gli archivi sanitari lombardi"
  ANDREINA BAZZI *(Soprintendente Achivistico per la Lombardia)*
- "L'Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Coloni (PR). Problemi di riordinamento ed inventariazione (secc. XIX-XX)"
  MARIA PARENTE *(Soprintendenza Archivistica per l'Emilia Romagna)*

- "Le recenti trasformazioni istituzionali degli enti sanitari e la vigilanza: il caso pugliese"
  PAOLA BOZZANI *(Soprintendenza Archivistica per la Puglia)*
- "Gestione e tutela degli archivi sanitari piemontesi"
  DANIELA CAFFARATTO *(Soprintendenza Archivistica per il Piemonte e Valle D'Aosta)*
- "Oris Leporini Correctione (secc. XVII-XVIII)"
  FERNANDO GOMBOS *(II Università degli Studi di Napoli)*

Comunicazioni

Dibattito

COMUNICAZIONI

FIORELLA AMATO *(Soprintendenza Archivistica per la Campania)*
– Fonti per una storia della sanità a Napoli nell'archivio storico del Conservatorio "San Pietro a Majella"

MARINA AZZINNARI *(Archivio di Stato di Napoli)*
– Medicina e sanità nel VII Congresso degli Scienziati a Napoli nel 1845

MARIO BASILE *(Soprintendenza Archivistica per la Sicilia)*
– Il codice trecentesco e l'archivio storico dell'Ospedale abbandonato di Burgio (AG) - secc. XIV-XX

ANTONIO BORRELLI *(Biblioteca Universitaria di Napoli)*
– Carte e manoscritti di Domenico Cotugno

GABRIELLA BOTTI *(Università di Napoli Federico II)*
– I farmacisti napoletani nelle carte del Regio protomedicato (1829-1865)

ADRIANA CARNEVALE *(Soprintendenza Archivistica per la Campania)*
– L'Albergo dei Poveri di Napoli: storia di un fallimento

PIERINA CELENTANO *(Soprintendenza Archivistica per l'Abruzzo)*
– L'attività della Soprintendenza Archivistica per l'Abruzzo riguardo gli archivi sanitari: difficoltà incontrate e problematiche emergenti dalla riforma sanitaria

MARIAPINA DI SIMONE *(Archivio Centrale dello Stato)*
– Fonti ministeriali per la storia della sanità

GIUSEPPINA GIORDANO *(Archivio di Stato di Palermo)*
– L'Archivio storico dell'Ospedale Civico e Benefratelli di Palermo (secc. XV-XX)

AMEDEO LEPORE *(Università di Bari)*
– La memoria della città: fonti archivistiche per la storia dei servizi sociali

ANNAMARIA MURAGLIA *(Soprintendente Archivistico per la Basilicata)*
– Archivi sanitari in Basilicata: consistenza e conservazione

Luigia Grillo - Stefania d'Aquino di Caramanico
(Soprintendenza Archivistica per la Campania)
– Le istituzioni sanitarie nella provincia di Napoli

Antonella Pellettieri *(CNR - Istituto internazionale di studi Federiciani)*
– Gli archivi per la storia delle istituzioni ospedaliere del Sovrano Ordine di Malta: il caso Basilicata

Roberto Porrà *(Soprintendente Archivistico per la Sardegna)*
– Problemi della vigilanza sugli archivi sanitari in Sardegna

Raffaella Salvemini *(Consiglio Nazionale delle Ricerche)*
– L'Ospedale dell'Annunziata di Aversa. Appunti sulla gestione economica nei secoli XVII-XVIII

Alfonso Sessa *(Università degli Studi - Salerno)*
– La tutela della riservatezza delle informazioni nelle banche dati sanitarie

Michelina Sessa *(Soprintendenza Archivistica per la Campania)*
– Sanità e assistenza in provincia: censimento delle fonti salernitane (secc. XIV-XX)

Maria Rosaria Strazzullo *(Soprintendenza Archivistica - Campania)*
– La salute in fabbrica: le cartelle sanitarie dell'Ilva di Bagnoli

Maria Aurora Tallarico *(Storico della Medicina)*
– L'anamnesi (o della memoria storica)

Vincenzo Trombetta *(Biblioteca Universitaria di Napoli)*
– Scienze e lettere nell'Ospedale degli Incurabili di Napoli: il Catalogo della Biblioteca (1973)

Calogero Valenti *(Società Siciliana Storia Patria C.I.S.O. - Sicilia)*
– Le fonti archivistiche nella Sanità in Sicilia (secc. XVIII-XIX)

Francesca Vannozzi *(Università degli studi di Siena)*
– L'ex Ospedale psichiatrico San Niccolò di Siena: la schedatura informatica nelle cartelle cliniche (XIX-XX secolo)

Giovanni Villone - Leonardo Musci - Emilio Lupo - Fausto Rossano - Donatella Tramontano *(Università di Napoli Federico II)*
– Chiude il manicomio apre l'archivio. Progetto di recupero e fruizione dell'archivio del "Leonardo Bianchi" di Napoli

Carmine Ziccardi *(Archivio di Stato di Pavia)*
– Gli archivi ospedalieri: il caso di Pavia

SOMMARIO

RAFFAELE CALABRÒ, *Saluto* 1

RENATO NICOLINI, *Saluto* 3

GIULIO RAIMONDI, *Introduzione al convegno* 5

GABRIELLA DE LONGIS CRISTALDI, *Vigilanza e valorizzazione degli archivi delle aziende sanitarie locali e presidi ospedalieri* 9

ELISA ALLOCATI, *Archivi sanitari: riflessioni* 15

VINCENZO MEZZOGIORNO, *Istituzione ospedaliera e scuola di medicina a Napoli: dalle origini al secolo XIX* 21

VITTORIO DONATO CATAPANO, *Matti nel sud peninsulare d'Italia (XVI-XX secolo)* 29

CORRADO CORGHI, *Il CISO per la salvaguardia degli archivi ospedalieri e degli enti di pubblica assistenza* 37

NELLI-ELENA VANZAN MARCHINI, *L'eterogeneità dei patrimoni ospedalieri: i problemi della conservazione e della valorizzazione* 41

GIOVANNI PESIRI, *Aspetti della vigilanza sugli archivi sanitari* 53

VINCENZA CESAREO GRILLO, *I regolamenti sulla riproduzione sostitutiva degli archivi sanitari* 65

ANNA LIA BONELLA, *Problemi di conservazione e gestione delle cartelle cliniche* 73

PAOLO MAROTTA, *Le prospettive culturali dell'azione dei Comitati di etica nelle aziende sanitarie* 83

MARIA GRAZIA PASTURA, *Introduzione alla III sessione di lavoro* 97

Andreina Bazzi, *L'azione della Soprintendenza archivistica per la Lombardia per gli archivi sanitari* 99

Maria Parente, *L'archivio dell'ospedale psichiatrico di Colorno* 109

Paola Bozzani, *Le recenti trasformazioni istituzionali degli enti sanitari e la vigilanza archivistica: il caso della Puglia* 117

Daniela Caffaratto, *Gestione e tutela degli archivi sanitari piemontesi* 159

Marina Azzinnari, *Medicina e sanità a Napoli nel VII congresso degli scienziati italiani (1845)* 169

Mario Basile, *Il codice trecentesco della Confraternita dei disciplinati di S. Luca di Burgio e l'archivio storico dell'ospedale di Burgio* 197

Antonio Borrelli, *Carte di Domenico Cotugno nell'archivio storico del Banco di Napoli* 203

Gabriella Botti, *Le farmacie a Napoli nella topografia del primo Ottocento* 213

Mariapina Di Simone, *Fonti ministeriali per la storia della sanità* 221

Giuseppina Giordano, *Un archivio ospedaliero poco noto: l'archivio storico dell'Ospedale Civico e Benefratelli di Palermo* 233

Amedeo Lepore, *La memoria della città: fonti archivistiche per la storia dei servizi sociali* 237

Anna Maria Muraglia, *Archivi sanitari in Basilicata* 247

Roberto Porrà, *La vigilanza sugli archivi storici ospedalieri in Sardegna* 255

Raffaella Salvemini, *La casa Santa dell'Annunziata di Aversa: appunti sull'assistenza e sulla gestione economica di un ospedale di* ancien régime 269

Alfonso Sessa, *La responsabilità nella gestione delle cartelle cliniche alla luce della legge 675/96 sulla «Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali»* 289

Michela Sessa, *Sanità e assistenza in provincia: censimento delle fonti salernitane (secc. XIV-XX)* 301

Maria Aurora Tallarico, *L'anamnesi (o della memoria storica)* 323

VINCENZO TROMBETTA, *Scienze e lettere nell'ospedale degli Incurabili di Napoli: il catalogo della biblioteca (1763)* 333

CALOGERO VALENTI, *Le fonti archivistiche della sanità in Sicilia* (secc. XVIII-XIX) 353

FRANCESCA VANNOZZI, *L'ex ospedale psichiatrico San Niccolò di Siena: un progetto di salvaguardia del suo patrimonio storico-scientifico* 357

GIOVANNI VILLONE, LEONARDO MUSCI, EMILIO LUPO, FAUSTO ROSSANO, DONATELLA TRAMONTANO, *Chiude il manicomio, apre l'archivio. Progetto di recupero e fruizione dell'Archivio del 'Leonardo Bianchi' di Napoli* 361

CARMINE ZICCARDI, *Gli archivi ospedalieri: il caso di Pavia* 371

Saluti

La ridefinizione dell'intero sistema sanitario si pone come una delle maggiori sfide dell'immediato futuro. In questo ambiziosi progetto gli archivi sanitari non possono svolgere un ruolo secondario. È vero, infatti, che i nuovi scenari di politica economica e di welfare devono fare i conti con una oggettiva riduzione della disponibilità finanziaria e una conseguente razionalizzazione degli interventi. Ma la definizione di più severi criteri selettivi per l'allocazione di risorse da destinare alla spesa sanitaria non dovrebbe penalizzare irrimediabilmente proprio quella memoria storica su cui si fonda un sistema di gestione efficiente e all'avanguardia e una progettualità efficace e razionale. Il riordino, la conservazione e la piena fruibilità degli archivi sanitari può acquisire una doppia valenza, nel senso di un recupero di migliori contesti di esperienza e, insieme, nella individuazione di errori e incongruenze.

Le questioni sollevate quotidianamente da nuove tecnologie applicate alla ricerca biologica e molecolare potrebbero trovare una più consapevole collocazione all'interno di un percorso evolutivo di tutto il sistema medico, scientifico e assistenziale.

La rilettura di documentazioni omogenee ed organizzate secondo precisi e utili criteri di ricerca darebbe certo conto di molti dei paradossi dell'attuale gestione sanitaria. Attraverso l'indagine documentale, ad esempio, si potrebbe individuare l'origine storica e la logica politica dell'ingiustificato tentativo di attribuire all'assistenza sanitaria compiti di «ammortizzatore» delle tensioni sociali, per far fronte a ben più gravi carenze. Si potrebbe quindi comprendere che questi compiti di cui il sistema sanitario si è fatto ingiustamente carico hanno origine remota, quando le strutture ospedaliere rappresentavano, oltre che il luogo elet-

tivo di cura, pressochè l'unico presidio sociale di asilo e sostentamento per le fasce più deboli ed emarginate della comunità.

D'altra parte, l'approfondimento delle fonti storico-documentarie permette anche di far luce sull'evoluzione che ha condotto ad un radicale mutamento del rapporto medico-paziente: da una relazione dissimetrica fondata sull'autorità ad un rapporto di alleanza terapeutica fondato sulla partecipazione. Comprendere il senso e le cause di questo mutamento favorisce momenti di riflessione critica, fino alla rivalutazione di consuetudini oggi perse, che riservavano maggiore attenzione al paziente e che puntavano su un approccio di tipo totale che oggi la medicina contemporanea ha dimenticato in vista di una più qualificata specializzazione.

L'auspicabile dimensione antropologica oltre che scientifica nella formazione dei medici del futuro, come anche il perseguimento di qualità ed efficienza del sistema sanitario, non potranno prescindere dalla disponibilità di archivi sanitari agilmente consultabili e razionalmente catalogati.

La sfida culturale richiamata dal titolo stesso del convegno — «Memoria e futuro» — deve trasformarsi, quindi, in una sfida di pianificazione organizzativa e finanziaria in grado di rispondere alle esigenze di valorizzazione di un patrimonio documentale che, soprattutto nella nostra regione, assume dimensioni e complessità di grande rilievo.

Memoria e futuro, dunque, per ridisegnare un sistema sanitario adeguato alle nuove esigenze che questo momento storico impone, e improntato a criteri di giustizia ed equità democraticamente condivisi.

RAFFAELE CALABRÒ

Parlare degli archivi sanitari non mi pare possibile senza una riflessione preliminare sulla debolezza generale degli archivi tra i beni culturali. Parchi archeologici, musei, monumenti, persino le biblioteche hanno i loro (scarsi, molto scarsi, s'intende) momenti di gloria presso giornalisti e politici.

Gli archivi invece no. Non sono spettacolari, non si adattano alle regole della società dello spettacolo.

Ed invece proprio gli archivi sono alla base di una corretta impostazione del museo multimediale degli anni 2000, dell'ambizione di una corretta integrazione tra possibilità dell'informatica e fruizione consapevole dell'opera d'arte. Per «museo virtuale» fino ad ora si è inteso o la possibilità di una vista «elettronica» del museo o la costruzione virtuale di qualcosa che non c'è più. Esiste una terza possibilità, intendere per «museo virtuale», qualche cosa che esiste solo nello spazio informatico, nel cyberspazio, una rete che raccolga tutte le informazioni su un dato argomento. E che cosa potrebbe alimentare queste reti, se non proprio gli archivi? Gli archivi pubblici ed anche gli archivi privati, che con l'informatica conoscono una nuova possibilità di organizzazione, elastica, capace di aggiornare continuamente la propria struttura modificando i software. Non vorrei, in questo saluto, dimenticare di accennare al grande progetto cui il Comune di Napoli intende dare vita: unificare, in una grande struttura a piazza Dante, le proprie collezioni archivistiche. E pensare questa sede come capace in prospettiva di ospitare le altre raccolte «pubbliche» (come gli archivi di banche, enti, istituzioni) della città.

Gli archivi sanitari sono indubbiamente una spece di questi archivi pubblici, forse quella di maggiore rilievo. Archivi capaci di far leggere la

storia della città: basti pensare al significato, di ringraziamento per la fine della peste, delle guglie di piazza del Gesù e di piazza San Domenico. È da questo tipo di archivi che può emergere la storia della città come storia quotidiana, storia della sua cultura materiale. Ed è con questo spirito che vi porgo gli auguri di buon lavoro dell'amministrazione comunale.

RENATO NICOLINI

GIULIO RAIMONDI

Introduzione al convegno

Ringrazio vivamente tutti gli intervenuti e i relatori, in particolare modo il dr. Antonio Dentoni-Litta e la dott.ssa Maria Grazia Pastura dell'Ufficio centrale per i beni archivistici, il prof. Corrado Corghi, presidente nazionale del CISO, il prof. Antonio Grella, preside della Facoltà di medicina della seconda Università di Napoli, e la Regione Campania che hanno reso possibile questo incontro fra archivisti e storici della medicina, medici e responsabili della gestione sanitaria ed amministrativa degli ospedali. Il convegno vuole essere una tappa di un cammino che ha visto, purtroppo, il patrimonio archivistico sanitario di Napoli duramente colpito (come d'altronde pare la sorte di tutti gli archivi napoletani dal 1943 perseguitati da una maledizione) con la distruzione della parte più antica della sua documentazione conservata nell'archivio degli Incurabili avvenuta nel 1966. Tappa quindi di un cammino che veda il concreto realizzarsi di quanto necessario perché sia conservato, oggi per il domani, quanto sul piano medico, sul piano ospedaliero, sul piano della ricerca, sul piano dell'assistenza giomaliera, viene oggi prodotto e domani studiato, oggi riunito ordinatamente, domani scientificamente utilizzato. Questa è la funzione degli archivi: raccogliere in maniera ordinata così come viene prodotto, quanto potrà essere necessario per lo studio d'insieme, per la ricostruzione di tutti gli avvenimenti, lo studio del passato per un migliore futuro. La necessità di questo convegno nasce quindi dalle esperienze di coloro che, chi più, chi meno, sono stati a contatto con le varie realtà ospedaliere. Tanto si potrebbe dire ma, in questa sede, vorrei sottoporre alla vostra attenzione soltanto alcuni punti:

il primo punto riguarda innanzitutto la necessità che da parte dell'amministrazione archivistica ci sia la possibilità di effettuare compiuta-

mente il diritto-dovere della vigilanza del patrimonio archivistico riguardante la sanità con la conseguente realizzazione dagli strumenti atti all'esercizio di tale diritto-dovere, con la concreta possibilità d'intervenire, anche nella scarsa o ridotta disponibilità economica che il Ministero garantisce per l'attività di vigilanza, intervenire però concretamente sugli archivi storici, sulla loro conservazione, sulla loro valorizzazione, cioè quel complesso di fruizioni (riordinamenti, restauri ecc.) che rende possibile la loro fruizione.

Il secondo punto, ma dovrebbe essere il primo, è la precisa identificazione dei momenti necessari per le Soprintendenze archivistiche per garantire tali interventi, i momenti decisionali delle approvazioni dei progetti di ristrutturazione degli ospedali, i trasporti della documentazione o cambiamenti delle sedi legali amministrative e ospedaliere dei vari enti.

Intervenire, cioè, prima che si verifichino le distruzioni, le sparizioni delle cartelle cliniche e di quant'altro è prodotto su carta o su supporti magnetici necessari anche per le successive necessità del malato o dell'ente. Bisogna cioè evitare soprattutto il fatto, e parlo qui per gli ospedali campani, che non siano previsti locali appositi per gli archivi e le varie ripartizioni ospedaliere siano, quindi, costrette o ad una non idonea conservazione o alla sottrazione di spazi destinati ad altri scopi al fine di conservare in maniera idonea quanto viene man mano ad essere prodotto.

Terzo punto: locali attrezzati e materiale archivistico conservato nel migliore dei modi non significano però un archivio fruibile, se non vi è stata una preparazione del personale che possa rendere consultabile tale patrimonio, sia curando quello già prodotto e ordinato, che quello che viene ogni giorno ad accumularsi. Questo è il punto che, come quelli precedenti, è sullo stesso piano d'importanza e di necessità. La formazione del personale destinato esclusivamente a tale funzione in base alle esperienze di questi anni costituisce sempre più la necessità prioritaria rispetto a tutte le altre. Soltanto infatti con l'affidamento diretto a persone qualificate è possibile organizzare e conservare le carte d'archivio.

Soltanto con il controllo giornaliero continuo di quello che viene prodotto e di quello che viene depositato, è possibile curare e mantenere efficiente «l'anagrafe» degli archivi italiani che si vorrebbe creare in una grande rete telematica ma che, ancora oggi, è allo studio iniziale proprio

perché sono assenti gli interlocutori che dovrebbero dare quelle notizie certe che soltanto la conoscenza e il controllo diretto possono dare.

In attesa, infatti, della realizzazione dell'anagrafe degli archivi italiani, mancano pure i dati delle quantità del materiale, gli estremi cronologici, le indicazioni precise sulla consistenza degli archivi degli enti soppressi, che sono poi i dati che gli studiosi cercano in via prioritaria per poter accedere al patrimonio archivistico nazionale. E se questa è la strada sulla quale operatori di questo nostro settore archivistico riusciranno ad incontrarsi in concreto per garantire, ognuno per la sua parte, questo cammino, questo convegno avrà raggiunto il suo scopo. Ognuno per la sua parte, ovviamente, ognuno responsabile del proprio settore, ma tutti uniti per partire da un concetto semplice nella sua chiarezza ed è cioè, come per i nostri cugini delle Biblioteche, anche per gli archivi è necessario giungere, e non deve essere solo uno slogan, alla concreta affermazione che, come ogni biblioteca ha un bibliotecario, così ogni archivio deve avere un archivista.

Il quarto ed ultimo punto riguarda il nostro passato: la memoria. Come già detto, una parte grandissima degli archivi degli ospedali napoletani è andata distrutta, anche in epoca recente, per la mancanza di quel minimo di attenzione che le amministrazioni degli enti dovrebbero avere per l'archivio. A fronte, quindi delle distruzioni, l'azione della Soprintendenza archivistica per la Campania deve essere finalizzata anche al recupero di quanto ancora è conservato, di quanto ha superato indenne i secoli. Un recupero che va studiato e realizzato a 360 gradi cioè per tutti gli aspetti noti (pubblicazioni scientifiche, giornali, riviste, oggettistica) o per quelli meno conosciuti ma che pure costituiscono un tassello per la ricostruzione del grande mosaico della storia della medicina. Nella mostra che dal 14 al 21 aprile, in occasione della settimana per i beni culturali indetta dal nostro Ministero avente a tema «i luoghi del patrimonio» sarà aperta nei locali dell'archivio storico della Casa santa dell'Annunziata, uno dei più famosi ospedali per bambini di Napoli, in collaborazione con il Comune di Napoli e con tanti enti pubblici e privati, saranno illustratati alcuni dei tanti aspetti che la storia della medicina ci offre. Accanto alla documentazione propria dell'Annunziata la mostra intitolata «il patrimonio del povero» sarà l'occasione, come per tutte le altre mostre organizzate da questa Soprintendenza, per incoraggiare i privati al recupero e valorizzazione di quanto è conservato

ancora nelle famiglie, negli enti, nelle associazioni, nelle comunità sulla storia della medicina. E colgo, quindi, l'occasione per un invito riservato naturalmente ai napoletani presenti a segnalare o a prestare quanto di interessante ancora è posseduto. Nonostante tutte le distruzioni, infatti, soprattutto nelle famiglie, è conservato un patrimonio notevolissimo e non può essere diversamente quando vediamo, e ci si limita alla sola città di Napoli, più di cinquanta ospedali menzionati dal secolo sesto ai nostri giorni, centinaia di istituzioni di assistenza, la facoltà di medicina dell'Università degli studi occupare posizioni rilevanti nella storia della città.

Moltissimi enti sono scomparsi, per molti restano solo gli archivi ma tanti continuano dalla fondazione la loro attività. Ci sono ancora tanti settori da approfondire, tante attività da ricostruire come le licenze concesse alle «Chirurghe», donne abilitate all'esercizio della professione medica, come risulta dai registri angioini, ad esempio Francesca de Vestri «cirurgica» di Manfredonia abilitata all'esercizio per la Capitanata con lettera di re Roberto che Nicola Frezza di Ravello in data 14 marzo 1307 le invia come indicato nel registro della cancelleria angioina n. 164 f 351 T. Caso veramente notevole di par-condicio dei «secoli bui». Vi è ancora tutta da studiare l'organizzazione dell'assistenza, in casi di malattia, che le varie confraternite assicuravano agli iscritti con propri medici ed infermieri, con il pagamento delle medicine. Dagli atti delle accademie mediche, ai libri di ricette sanitarie o di prescrizioni oscillanti tra medicina, filosofia e magia, c'è per Napoli e il Mezzogiorno tanto ancora quindi da studiare, tanto da ricordare, tanto da recuperare. E la proposta del presidente del CISO di aprire anche a Napoli la sezione del Centro italiano di storia sanitaria ed ospedaliera deve trovare immediata e pronta accettazione da parte di tutte le istituzioni. L'ha certamente da parte di questa Soprintendenza che l' auspica e la promuove proponendosi per l'immediato come sede della sezione Campania.

Rinnovo il ringraziamento a tutti gli intervenuti con l'augurio di buon lavoro.

GABRIELLA DE LONGIS CRISTALDI

Vigilanza e valorizzazione degli archivi delle aziende sanitarie locali e presidi ospedalieri

Quando Giulio Raimondi ed Elisa Allocati mi hanno invitato a partecipare ai lavori di questo convegno, ho accettato con piacere di intervenire perché ho visto nella iniziativa una occasione per intensificare il dialogo e il confronto con i responsabili delle aziende sanitarie, sul complesso problema della tutela e della valorizzazione del loro patrimonio documentario. Patrimonio che è stato scarsamente considerato, sotto il profilo archivistico e quindi sotto il profilo storico, dagli stessi operatori sanitari che sono stati, forse, più attenti all'aspetto scientifico della cartella clinica e degli esami strumentali e di laboratorio, piuttosto che a quello relativo alla documentazione amministrativa e di gestione.

Negli ultimi trenta anni ci sono state cinque leggi di riforma sanitaria che hanno apportato profondi cambiamenti nella gestione della sanità in Italia, passando dalla assistenza erogata dalle opere pie a quella erogata dallo Stato. Un caso esemplare è quello del pio istituto di S. Spirito e OO.RR. di Roma, che gestiva sette ospedali, era il piu grande erogatore di assistenza in Europa, con amministrazione e servizi centralizzati; oggi ciascuno di questi ospedali è un ente ospedaliero a sé stante.

La relativa documentazione prodotta si rivela preziosa per lo studio di queste vicende, costituisce un sussidio importante nella ricostruzione di eventi e rapporti all'interno di contesti determinati, completa e arricchisce le informazioni, allargando le ricerche su un aspetto particolare della società italiana quale quello della medicina e della riforma sanitaria; contribuisce ad indagini storiche non solo per la storia della medicina ma anche riferite ad una realtà politica e sociale.

Gli organi della amministrazione archivistica che hanno il compito di esercitare la vigilanza su tutti gli archivi non statali, sia di enti pubblici

che privati dichiarati di notevole interesse storico, sono le Soprintendenze archivistiche. Esse stanno svolgendo una notevole azione divulgativa per sensibilizzare anche gli operatori della sanità sulla importanza della documentazione relativa alla attività svolta, in rapporto al duplice valore che essa rappresenta di testimonianza scientifica e storica, al fine di attivare al meglio la vigilanza per la conservazione e tutela di tale patrimonio.

A questo proposito, consentitemi un breve specifico riferimento alla normativa archivistica che regola i rapporti con gli enti pubblici, quali sono i presidi ospedalieri e le aziende sanitarie locali.

L'art. 1 della legge archivistica, il d.p.r. n. 1409 del 30 settembre 1963, prevede tra i compiti fondamentali della nostra amministrazione, la vigilanza sugli archivi degli enti pubblici e sugli archivi di notevole interesse storico di cui siano proprietari o dententori a qualsiasi titolo i privati.

Tale funzione è esercitata in forza dell'art. 4 del citato d.p.r. n. 1409/1963 dalle Soprintendenze archivistiche che hanno competenza regionale e sono istituite nei capoluoghi di regione.

Numerosissimi sono gli archivi vigilati sia pubblici, territoriali e non, sia privati di famiglie, di persone, di società, di banche, di imprese, di sindacati, di partiti politici e tanti altri ancora, che racchiudono testimonianze antiche e recenti della nostra storia, permettendo una approfondita conoscenza della realtà nazionale e locale. L'art. 30 del citato d.p.r. n. 1409/1963 stabilisce per gli enti pubblici e, pertanto, anche per i presidi sanitari i seguenti obblighi:

1) provvedere alla conservazione e all'ordinamento dei propri archivi, indipendentemente dalla data, quindi anche alla organizzazione e buona tenuta della documentazione corrente;

2) non procedere a scarti di documenti senza osservare la procedura stabilita dall'art. 35 del citato d.p.r. 1409/1963;

3) istituire una separata sezione di archivio (usualmente indicata come) per la conservazione dei documenti relativi ad affari esauriti da oltre 40 anni;

4) redigere l'inventario del materiale documentario che costituisce l'archivio storico;

5) consentire agli studiosi, che ne facciano richiesta tramite la Soprintendenza archivistica competente per territorio, la consultazione dei documenti nei limiti cronologici stabiliti dagli artt. 21 e 22 dello stesso

d.p.r. n. 1409/1963 in base ai quali sono liberamente consultabili i documenti relativi ad affari esauriti da oltre 40 anni, ad eccezione di quelli relativi alla politica estera o interna dello Stato di carattere riservato, che divengono consultabili dopo 50 anni dalla loro data e quelli relativi a situazioni puramente private di persone, i quali divengono consultabili dopo 70 anni. Le cartelle cliniche conservate presso le istituzioni sanitarie assimilabili a quelle relative a istituzioni private, divengono indice consultabili dopo 70 anni dalla loro data;

6) effettuare le operazioni di scarto dei documenti ritenuti non utili, prima del passaggio dei documenti stessi all'archivio storico. In base all'art. 35 del citato d.p.r. n. 1409 è necessario un provvedimento motivato degli organi deliberanti dell'ente da sottoporre all'approvazione della autorità che esercita la vigilanza sull'ente stesso, previo nulla osta del competente soprintendente archivistico.

Inoltre, l'art. 31 del medesimo d.p.r. n. 1409 del 1963 prevede per gli archivi di alcune categorie di enti e per altri archivi dichiarati «di particolare importanza» dal Ministro per i beni culturali, su proposta dal sovrintendente archivistico e sentito il Comitato di settore per i beni archivistici del Consiglio nazionale per i beni culturali e ambientali, che la direzione dell'archivio storico sia affidata ad un impiegato in possesso del diploma di Archivistica paleografia e diplomatica, conseguito in una delle Scuole istituite presso gli Archivi di Stato o nella Scuola speciale per archivistici e bibliotecari, istituita presso l'Università di Roma «La Sapienza».

Lo strumento principale del quale si avvalgono le Soprintendenze archivistiche per espletare il loro compito è quello della visita ispettiva: attraverso un programma annuale di ispezioni (che spesso purtroppo vede scontrarsi obiettivi sempre più ambiziosi con una realtà di cronica carenza di mezzi e personale) si cerca di avere un quadro delle situazioni esistenti e di fornire un primo supporto per la soluzione dei problemi riscontrati.

In particolare per quanto riguarda gli archivi sanitari, essi potrebbero essere riassunti in

— dispersione delle carte a causa delle vicende dell'ente. Negli ultimi cinque anni le vecchie usl sono state più volte accorpate, sono state trasformate in aziende, con conseguenti modificazioni di uffici, settori, mobilità di personale;

— costi sempre crescenti per una razionale conservazione di documenti, con scarsi fondi a disposizione, tanto che spesso essi sono «apparentemente» conservati, ma in realtà si trovano in depositi poco adatti allo scopo;

— scarto della documentazione non utile; documentazione, quanto mai eterogenea e diversificata rende, di conseguenza, difficile e complessa la scelta del materiale da conservare e da scartare;

— inventariazione della documentazione prodotta, che si presenta particolarmente complicata sia in considerazione delle molteplici trasformazioni giuridiche e legislative degli enti sanitari, sia per la natura stessa di questa tipologia di archivi, spesso concepita da chi la produce come destinata a fini pratici e contingenti e solo con una certa difficoltà se ne è colto il possibile valore storico.

A proposito di questa ultima considerazione vorrei richiamare l'attenzione su un altro rilevante aspetto, quello della formazione del personale addetto agli archivi sanitari.

Oltre alle specifiche competenze richieste dalla differente e peculiare natura delle carte, esso dovrebbe avere una adeguata e indispensabile preparazione archivistica. Affidare l'archivio a personale qualificato e preparato significa non solo porre la premessa per organizzare e conservare le carte in modo corretto fin dal momento della loro formazione in quanto strumento della funzione amministrativa e della certezza del diritto migliorando pertanto la qualità del servizio, ma significa anche poter disporre di personale preparato al quale affidare, ad esempio, l'incarico del riordinamento e della inventariazione delle carte prodotte.

All'uopo si potrebbero organizzare appositi corsi di formazione e di aggiornamento professionale per preparare il personale di un ospedale e di una azienda sanitaria locale, così come si è fatto in altri settori.

La collaborazione diviene ovviamente più fruttuosa quando sono gli stessi enti interessati che si fanno promotori di iniziative per il recupero e la valorizzazione del loro patrimonio storico e che in prima persona sollecitano l'intervento delle Soprintendenze archivistiche. Esse possono offrire un concreto aiuto attraverso attività di consulenza in merito alla corretta tenuta dell'archivio corrente, (accennavo poc'anzi alla opportunità di formare personale qualificato) negli ultimi anni oggetto di particolare attenzione da parte degli archivisti anche in conseguenza della diffusione di strumenti informatici; a problemi di restauro; all'uso di

attrezzature; alla buona conservazione delle carte per la quale sono necessari locali idonei; scaffalature adeguate; impianti di sicurezza, ecc.

Nell'ambito di questa attività quale posto occupano in particolare gli archivi delle strutture del servizio nazionale sanitario?

È vero che il settore in cui tradizionalmente si è concentrato l'impegno delle Soprintendenze archivistiche è quello degli archivi degli enti locali, regioni, provincie, comuni, anche in considerazione del carattere demaniale, riconosciuto dalla legge archivistica a questa documentazione, ma è altrettanto vero che nonostante le difficoltà operative delle soprintendenze già ricordate, a fronte della vastità della documentazione da vigilare fuori degli Archivi di Stato (basti considerare che soltanto i comuni sono oltre ottomila) l'amministrazione non ha trascurato il settore degli archivi sanitari.

Avremo modo di sentire i numerosi interventi previsti nel programma in cui i rappresentanti delle soprintendenze illustreranno la varietà e la complessità delle situazioni regionali. Solo per dare alcuni elementi, nell'ultimo quinquennio è stato disposto il deposito di sedici archivi sanitari presso gli Archivi di Stato, di cui sei in Toscana, sono stati censiti cinquantacinque archivi ospedalieri e quindici archivi di usl. Nell'anno 1995 l'attività ispettiva si è concretizzata in cinquantasei interventi di cui trentuno relativi ad operazioni di riordinamento e inventariazioni di fondi.

Ovviamente c'è molto da fare. E per dare un'idea della complessità delle situazioni legate agli archivi sanitari ricordo il caso dell'ospedale civile di Venezia. Si tratta di un ricchissimo complesso di fonti risalente al XII secolo che documenta la storia dell'assistenza ospedaliera a Venezia fino ai nostri giorni; il materiale documentario solo in parte inventariato è dislocato in varie sedi e rischia la dispersione a causa della carenza dei locali in cui è conservato.

Si sta pertanto cercando di sensibilizzare la asl (azienda sanitaria locale) competente, affinché metta a disposizione locali atti ad ospitare provvisoriamente le carte a rischio e si sta valutando la possibilità di un intervento di sistemazione dell'antica chiesa di S. Maria del Pianto, al fine di creare una sede stabile per l'archivio storico. Nel frattempo l'amministrazione archivistica ha dato parere favorevole al deposito temporaneo della documentazione inerente al concorso per il nuovo ospedale civile di Venezia (1963) e al progetto redatto nel 1964 dall'architetto Le

Corbusier per l'ospedale. Tale documentazione è stata perciò affidata al Centro archivio progetti dell'Istituto universitario di Architettura di Venezia che ne curerà il riordinamento, l'inventariazione, il restauro e la riproduzione fotografica, per renderlo maggiormente accessibile alla comunità scientifica.

Mi preme ancora evidenziare, passando ad un diverso argomento, che l'amministrazione archivistica è intervenuta per affermare il principio della conservazione a tempo illimitato delle cartelle cliniche e dei relativi referti prodotti dalle istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura. Con circolare n. 61 del 19 dicembre 1986, infatti, il Ministero della sanità ha recepito il parere dell'Ufficio centrale per i beni archivistici e del Consiglio superiore di sanità in merito alla conservazione delle cartelle cliniche che oltre a rappresentare un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, costituiscono preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario.

Colgo l'occasione, prima di concludere questo breve intervento, per ricordare quelle categorie di archivi strettamente connesse a quelle ospedaliere, che non sembra siano state oggetto di particolare attenzione. Mi riferisco agli archivi degli ordini provinciali dei medici e agli archivi dei sindacati medici, documentazione particolarmente significativa che costituisce ulteriore fonte, oltre quella più propriamente istituzionale, per permettere una serie di collegamenti mirati nel mare magnum degli archivi sanitari.

Mi auguro pertanto che l'incontro di oggi sia occasione di utile confronto e di dibattito, con l'obiettivo, nell'ambito di una collaborazione tra operatori della sanità, archivisti e storici, di una migliore politica di tutela e salvaguardia sia nella gestione che nella conservazione di questi archivi.

ELISA ALLOCATI

Archivi sanitari: riflessioni

Abbiamo voluto proporre e organizzare un convegno nazionale di studio sugli archivi sanitari, consapevoli che da un confronto sulla realtà sanitaria tra archivisti, rappresentanti degli enti istituzionali, studiosi, ricercatori, di quanti operano nel settore sanitario, con esperienze maturate in tutte le regioni, si possano trarre indicazioni concrete di lavoro e tradurle in iniziative da realizzarsi in tempi brevi.

La situazione degli archivi sanitari è molto complessa, con notevoli problemi di organizzazione, di conservazione e di fruizione. La gestione di un patrimonio documentario eterogeneo e voluminoso, la mancanza di spazio unita a scarsità di mezzi finanziari, la carenza o la limitata qualificazione professionale del personale addetto all'archivio, la mancanza di strumenti archivistici producono cumuli di carte disordinate e frazionamenti indiscriminati di serie documentarie, che tolgono all'archivio omogeneità e organicità. Non sono rispettate le metodologie archivistiche, che sono i fondamenti di qualsiasi sana amministrazione, che si preoccupi della certezza giuridica e delle responsabilità delle proprie attività. Si accumulano disservizi, che vanno a discapito di tutti gli utenti: degenti, personale ospedaliero, studiosi, ricercatori nel campo della medicina. È necessario riflettere su questa realtà. Le situazioni sanitarie determinatesi nel tempo hanno richiesto sostanziali riforme per riorganizzare l'intero sistema, ma ancor oggi dalla realtà sanitaria emergono problematiche non ancora risolte, ma che sono diventate più complesse nel corso delle vicende istituzionali degli ospedali.

I decreti legislativi del 30 dicembre 1992, n. 502, del 7 dicembre 1993, n. 517, che disciplinano la materia sanitaria, e del 30 giugno 1993, n. 266 sull'organizzazione del Ministero della sanità, modificato

dal d.p.r. dell'1 agosto 1996, n. 518, hanno prodotto altri problemi in merito alla gestione amministrativa, alla conservazione degli archivi. Già la l. 23 dicembre 1978, n. 833, istituendo il servizio sanitario nazionale, ha trasformato radicalmente il sistema ospedaliero: ha risolto problemi determinatisi nel passato, ma, come ogni riforma istituzionale, ne ha aperto degli altri. Ha prodotto la nascita di una nuova struttura — l'unità sanitaria locale —, ma non l'ha qualificata giuridicamente. La giurisprudenza ritiene l'usl una struttura operativa del Comune, quindi priva di personalità giuridica. In essa sono confluiti archivi di diversa provenienza, gli archivi degli istituti di assistenza e beneficenza, opere pie, confraternite, Ipab, Eca e gli archivi degli enti mutualistici disciolti[1]. La l. 833/78 ha apportato modifiche alla natura giuridica degli ospedali: gli enti pubblici ospedalieri sono stati soppressi e sono diventati presidi ospedalieri, organi delle usl. Pertanto l'ospedale non è più dotato di personalità giuridica ai sensi della l. 12 febbraio 1968, n. 132, ma è diventato una struttura della unità sanitaria locale, da «ente autonomo è a servizio dell'Usl», come ha ben evidenziato Zanetti[2]. La perdita di personalità giuridica ha avuto riflessi negativi sulla gestione e sulla conservazione dell'archivio: ha tolto agli ospedali l'obbligo degli adempimenti giuridici inerenti agli archivi fissati nel d.p.r. 30 settembre 1963, n. 1409, che invece, in qualità di enti pubblici, avevano prima della riforma. L'indeterminatezza giuridica ha causato problematiche inerenti alle attività di vigilanza e di tutela, che devono essere svolte dagli organi statali, le Soprintendenze archivistiche: «vigilanza ... si configura come una semplice estensione della vigilanza esercitata sugli archivi comunali»[3]. Se si considera poi che nella l. 833/78 manca una «corretta separazione tra indirizzo politico e gestione amministrativa»[4], si comprende come difficile e complesso sia stato l'espletamento delle predette attività.

---

[1] Determinante è stato lo scioglimento dei trentacinque enti mutualistici: ricordiamo il d.l. 8.7.1974, n. 266, la l. 17 agosto 1974, n. 386, che ha costituito il punto di partenza della riforma sanitaria, e la l. 29.6.1977, n. 349.

[2] C. Zanetti, *L'ospedale da ente autonomo a servizio dell'USL: alcune considerazioni*, in «Regioni e governo locale», 1980, 2-3.

[3] A.L. Bonella, *Gli archivi delle unità sanitarie locali: problemi aperti e indicuzioni operative* in Rassegna degli Archivi di Stato, 1986/2, p. 401.

[4] N. Longobardi, *La nuova organizzazione delle unità sanitarie locali* in «Sanità pubblica» 1994, 10-11, p. 1188.

Per gli archivi ospedalieri si sono avute nel tempo modificazioni giuridiche in relazione agli assetti istituzionali. Ricordiamo che nel medioevo l'*hospitale* è stato asilo gratuito che ha accolto malati, poveri, vagabondi come manifestazione di carità cristiana. Vi è stato un prosperare di fondazioni, «opere pie» in tutta l'Italia preunitaria, che dapprima hanno avuto una propria autonomia e una certa indipendenza dal potere politico. Nello Stato cittadino l'amministrazione/gestione degli ospedali ha assunto una prima regolamentazione statuale e in seguito un carattere misto, sottoposta ad autorità laica ed ecclesiastica.[5]

È necessario inquadrare l'evoluzione degli ospedali tenendo presenti le leggi fondamentali postunitarie. Pur ritenendo superfluo in questa sede soffermarsi sulla trasformazione dalla carità tradizionale, dovuta a iniziative spontanee e private, alla laicizzazione della beneficenza[6], teniamo presenti la prima legge nazionale del 3 agosto 1862, n. 753, che ha unificato le norme sulle opere pie, ma non ha definito la natura giuridica di esse e degli ospedali, e la l. 17 luglio 1890, n. 6972, che invece li ha definiti enti pubblici, e quindi sottoposti alle norme di diritto pubblico. «Ma le innovazioni che la norma del 1890 apporta al sistema ospedaliero non ineriscono solo alla sfera del controllo amministrativo-politico degli istituti, o alla loro destinazione a fini didattico-scientifici. ... Sono norme che, ... operano, sia pur con pmdenti preclusioni, un primo riconoscimento del diritto all'assistenza ospedaliera»[7]. «In complesso la legislazione di fine secolo non dedica particolare attenzione al problema del rinnovamento ospedaliero, ma è anche vero che la norma del 1890 costituisce, insieme alle altre disposizioni..., la cornice istituzionale che fa da sfondo ed agevola questo rinnovamento»[8]. Sostanzialmente questa normativa rimane in vigore con alcune modifiche fino al 1968, quando, come osserva la Carucci[9], «la legge ospedaliera del 1968 ... attua una riforma radicale, ispirata ad alcuni principi rilevanti. In

[5] G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari, Laterza, 1987.

[6] E. Allocati, *Luoghi pii laicali e misti in Terra di Lavoro nei secoli XVII-XIX: fonti e linee di ricerca* in Pubblicazioni degli Archivi di Stato, 34, II, pp. 749-752.

[7] P. Frascani, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, il Mulino, 1986, p. 131.

[8] *Ibid.*, p. 132.

[9] P. Carucci, *Gli archivi ospedalieri: normativa, censimento, conservazione* in Pubblicazioni degli Archivi di Stato, saggi 18, 1991, p. 125. A questo saggio si rimanda anche per un quadro sulla gestione dell'assistenza, sulla legislazione sanitaria fino al 1978 e sulla bibliografia dell'assistenza ospedaliera.

attuazione di quanto disposto dall'art. 32 della costituzione viene riconosciuto che l'assistenza ospedaliera è servizio sanitario pubblico da cui è escluso qualsiasi riferimento alla beneficenza, ed è destinato a tutta la collettività».

Nel proseguire nel breve *excursus*, volutamente sommario, sull'evoluzione degli ospedali è da considerare che nelle trasformazioni generali avutesi nel ventennio tra le due guerre mondiali la beneficenza ha compreso progressivamente sanità, assistenza sociale, previdenza, assicurazione sociale; sono state intraprese iniziative, effettuati interventi legislativi, istituite strutture territoriali, realizzate riforme fino alla formazione dello stato sociale. Sappiamo come nel secondo dopoguerra sia stato faticoso e travagliato il settore dell'assistenza per attuare l'art. 38 della costituzione e in anni più recenti come siano stati determinanti l'ordinamento regionale con il passaggio delle competenze principali dell'assistenza alle Regioni e in particolare gli effetti del d.p.r. 24 luglio 1977, n. 616.

Dobbiamo dunque porre la nostra attenzione sui peculiari aspetti delle esigenze documentarie di un archivio sanitario, in riferimento agli aspetti istituzionali e legislativi. L'incremento notevole di carte e di nuove tipologie di documenti pongono in essere a livello nazionale molteplici problematiche inerenti all'organizzazione e alla conservazione non solo, ma anche allo scarto, che riguardano la parte più recente degli archivi, in particolar modo delle cartelle cliniche[10] e degli allegati, quali radiografie, referti di analisi, ecc.[11], alla microfilmatura sostitutiva[12], alla consultabilità dei documenti[13], alla necessità di un comune titolario

[10] A garantire la conservazione e la valorizzazione degli archivi sanitari nel Veneto è stata istituita la fondazione di S. Servolo; e sin dal 1975 la SIASO (Società italiana archivi sanitari ospedalieri).

[11] A. Gattai, *Cartella clinica: compilazione, gestione-archivio, aspetti giuridici e medico-legali*, Milano 1979; A.L. Bonella, *Gli archivi delle cartelle cliniche* in Pubblicazione degli Archivi di Stato, saggi, 37, 1996, pp. 1029-1043.

[12] A.M. Vecchietti, *La conservazione delle cartelle cliniche: legittimità delle procedure di fotoriproduzione sostitutiva,* in «Rivista italiana di medicina legale», IV, 1982, 1, pp. 83-96; e le puntuali relazioni di V. Cesarea Grillo, *Gli archivi delle cartelle cliniche: la sostituzione degli originali cartacei*, in «Archivi & Computer», 1992, 1, pp. 51-61; Id., *Cenni sulla normativa e sul procedimento per l'utilizzo della microfilmatura sostitutiva*, in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa*, a cura di G. Bonfiglio Dosio, Venezia, Italarchivi, 1993, pp. 159-163.

[13] P. Grasso-G. De Meo, *Archivi e sanità: normativa, problematiche e soluzioni per la gestione della documentazione e dell'informazione sanitaria* in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa...* cit., pp. 199-205.

di classificazione, nonché della qualificazione del personale, che deve acquisire una conoscenza sempre più specifica nell'utilizzare le nuove tecnologie.

Dell'archivio di un ospedale, in linea di massima, l'archivio amministrativo è più curato ed ordinato di quello sanitario, almeno per quanto concerne la parte corrente, raramente per quella di deposito. Eppure sappiamo che la razionale organizzazione degli archivi correnti è il presupposto del funzionamento efficiente degli enti, che pone le basi per una efficace tutela e valorizzazione dei futuri archivi storici.

Obiettivo di questo convegno è anche coinvolgere in un concorso di collaborazione tutti i componenti interessati alla soluzione delle tematiche, che volutamente abbiamo solo indicato per il carattere introduttivo di quanto esposto alle relazioni che seguiranno. Tutti devono assumere un ruolo attivo, soffermandosi sulla necessaria correlazione che deve esservi tra la documentazione nel suo prodursi, la regolamentare conduzione amministrativa e sanitaria, la razionalizzazione delle procedure burocratiche nei processi formativi dell'archivio corrente e nella gestione dell'archivio di deposito, poi di quello storico, dopo una puntuale selezione delle carte, dopo l'eliminazione con cautela del troppo e del vano.

Nel preparare il programma dei lavori abbiamo voluto assicurare lo scambio di conoscenze, di valutazioni sulle principali tematiche, dando anche opportuna rilevanza alla produzione sostitutiva, ai sistemi attuali di conservazione su supporto ottico. Problematiche, che certamente non saranno risolte nelle ore in cui se ne discuterà. Ma il fatto stesso che se ne discuta, inviterà ad altre discussioni, ad altri incontri di studio e via via le idee si tradurranno in metodologia. Ci auguriamo di ascoltare non solo interventi organici, ma anche osservazioni di carattere generale, a margine delle relazioni e delle comunicazioni.

Ringraziamo i presenti per la cortese attenzione. Un vivo ringraziamento all'assessore alla Cultura della Regione Campania, dr. Vincenzo Fasano, il quale è sempre particolarmente attento nel provvedere a tutelare il patrimonio culturale e nel promuoverne la migliore valorizzazione e la più efficace fruizione — il contributo finanziario che ha concesso a questa Soprintendenza per organizzare il convegno è una tangibile prova della sua sensibilità —; all'avv. Gerardo Marotta, presidente dell'Istituto italiano per gli studi filosofici, e alla dr.ssa Gigliola Fiora-

vanti dirigente dell'Ufficio centrale per i beni archivistici, per aver contribuito alla realizzazione di questo convegno; all'assessore alla sanità della Regione Campania, dr. Raffaele Calabrò, che sin dai primi colloqui sulla realizzazione di questo convegno, ha dimostrato, pur tra i suoi pressanti impegni politici, interesse e attenzione. Un cordiale ringraziamento al prof. Corrado Corghi, presidente nazionale del CISO — centro italiano di storia sanitaria e ospitaliera — che opera a livello internazionale, al prof. Antonio Grella, preside della facoltà di medicina della seconda università di Napoli.

VINCENZO MEZZOGIORNO

Istituzione ospedaliera e scuola di medicina a Napoli: dalle origini al secolo XIX

Attraversare i secoli e ripercorrere la memoria della cultura sanitaria a Napoli, si scoprono significative testimonianze sia della importante funzione sociale delle istituzioni ospedaliere, sia del loro fondamentale ruolo nella organizzazione della Scuola di medicina.

Senza voler cercare, alle origini, ospedali secondo l'attuale accezione, non v'è dubbio che Napoli abbia avuto rilevanti istituzioni sanitarie nelle quali la scienza medica ha fondato il suo sapere.

Come città greca, Napoli ebbe fin dalle origini il suo Ginnasio ove la gioventù si educava nelle scienze e nelle arti liberali. E, mentre nella stessa Grecia la medicina veniva esercitata da sacerdoti nei templi di Esculapio, a Napoli esercitavano dotti medici di setta filosofica non sacerdotale.

L'antico Ginnasio occupava quella parte della *polis* che, oggi, corrisponde al quartiere di Forcella ed aveva come emblema la lettera greca **Y**, emblema che, poi, fu adottato dall'antico Sedile del quartiere. Scolpito in terracotta, lo stemma si può ancora ammirare sulla fronte della torre campanaria della chiesa di S. Lorenzo Maggiore, prospiciente la piazza S. Gaetano.

Quando, poi, Napoli fu sottoposta al dominio dei Romani, chi voleva compiere i suoi studi secondo Ippocrate, Celso e Galeno poteva frequentare la *Schola medicorum* che Adriano aveva fondato a Roma, dopo il 117. Scuola che molti storici della medicina fingono di ignorare, ma della quale inoppugnabili documenti ne dimostrano l'esistenza.

Adriano aveva fondato questa scuola per fornire medici ai *Valetudinaria*, infermerie distinte in: *Privati*, corrispondenti alle odierne case di cura; *Familiari*, mantenute dai patrizi per i loro schiavi; *Delle Palestre*, per atleti feriti o infermi.

Finito l'impero romano d'occidente, il cristianesimo fece sua questa organizzazione sanitaria e, nel IV secolo, con il concilio di Neocesarea, vennero istituite le *diaconìe*, di cui la prima fu annessa al monastero dei SS. Teodoro e Sebastiano, sito nell'isolotto di S. Salvatore, odierno Castel dell'Ovo. Delle altre si conosce solo il nome di quattro: quelle di S. Paolo; di S. Andrea a Nilo; di SS. Giovanni e Paolo e di S. Gennaro all'Olmo.

Nelle diaconie, il monaco medico si incaricava anche di istruire nell'arte chi doveva succedergli, e quei cenobi che possedevano monaci dotti richiamavano discenti anche da parti lontane, assumendo così forma di scuola.

E Napoli fu all'epoca, prima ancora che in Salerno sorgesse la famosa Scuola medica, un centro medico importante giacché nelle sue scuole cenobitiche esistevano chierici eruditi che, favoriti dal fatto di aver conservata la lingua greca, traducevano Ippocrate, trascrivendolo in quei mirabili *Codici* che, se non fecero progredire la scienza medica, furono certamente utili a conservarla.

Questa organizzazione in diaconie ci conduce fino al VI secolo, quando troviamo notizie del primo ospedale, quello di *S. Maria intercedente* fondato da S. Aniello, nel luogo di Caponapoli, per infermi poveri.

E, partendo dal VI secolo, appare che, durante lo spazio di mille e quattrocento anni, Napoli abbia avuto non meno di settantacinque ospedali.

Nell'844 Teodosio, console di Napoli, e Pietro Caracciolo, abate di S. Giorgio Maggiore, fondarono l'*Ospedale di S. Maria a Selice*, ospedale che rovinò con la chiesa nel 1448.

Nell'850, in un monastero di Benedettini, i napoletani istituirono l'*Ospedale di S. Gennaro extra moenia*, durato fino al 1656, quando divenne ospizio per i vecchi.

Presso la chiesa di S. Giorgio Maggiore, una delle originarie basiliche paleocristiane fondata dal vescovo Severo, nel 1090 fu annesso un ospedale di cui sappiamo che esisteva ancora nel 1343.

Agli inizi del XV secolo, durante il periodo angioino-durazzano, Giovanna II trasferì nei locali dell'ospedale di S. Giorgio Maggiore lo Studio di medicina, che Ruggiero il normanno aveva fondato nel 1134.

Ruggiero, elevata la città di Napoli a metropoli del regno, si pose con grande alacrità ad ordinare lo Studio di medicina, collocandolo presso il

capo di Monterone, vicino alla chiesa dei SS. Andrea e Marco a Nilo, luogo ove, ancora oggi, pulsa la vita universitaria.

Dell'*Ospedale di S. Andrea alla Cattedrale*, fondato da S. Attanasio per infermi poveri, si sa che nel 1440 fu unito, da papa Eugenio, con l'ospedale dell'Annunziata.

Dove è ora la basilica di S. Domenico Maggiore, nel 1100 esisteva l'*Ospedale di S. Michele Maggiore a Morfisa*, annesso ad un monastero dei frati Basiliani.

Negli anni tra il 1231 ed il 1335, l'antica diaconia di S. Andrea a Nilo fu trasformata da Federico II nell'*Ospedale di S. Angelo a Nido* per gli studenti infermi.

Ancor prima del 1269 esisteva l'*Ospedale di S. Giovanni a Gerusalemme* fondato dall'Ordine dei cavalieri di Malta presso la chiesa di S. Maria Avvocata al Mercato, poi trasferito a S. Giovanni a Mare, ove fu chiuso al principio del secolo XIX. A cura dell'ordine, nel 1859 fu riaperto a vico Albano.

Nel 1270, tre francesi (Giovanni Dotrun, Guglielmo Burgundio e Giovanni Lions) fondarono l'ospedale di S. Eligio per i poveri infermi forestieri. Smesso poco dopo, fu riaperto nel 1300 da Carlo II per i soldati resi ciechi o mutilati durante il servizio regio.

Nel 1322, presso il convento della Maddalena, una congrega di nobili costruì l'*Ospedale dell'Annunziata*, che la regina Sancia, nel 1343, fece rifabbricare nella sede attuale. Nella nuova sede, l'ospedale ebbe millecinquecento posti letto per febbricitanti acuti e duecento posti letto per feriti o piagati. Inoltre, aveva una propria farmacia ed un ospizio per gli «*esposti*». Nel 1809 fu esonerato dal servizio ospedaliero e, interamente, adattato a brefotrofio.

Ancora nel XIV secolo e nel secolo successivo si ebbe la fondazione di molti altri ospedali: *S. Antonio Abate* (1307, per gli scottati, i lebbrosi e gli affetti dal fuoco sacro); *S. Maria dei Vergini* (1326, per gli infermi poveri); *S. Ludovico di Marsiglia* (1337, per i chierici studenti poveri); *S. Elisabetta* (1343, per i servitori e domestici della regia casa di Roberto d'Angiò); *S. Nicolò al Molo* (1345, per marinai infermi); *Incoronata* (1351, fondato da Giovanna I per i poveri); *Ss. Trinità* (1351, non si sa altro che il nome); *S. Maria della Pietà* (1383, fondato da Carlo III d'Angiò per gli infermi poveri); *S. Vincenzo Ferreri* (1418, fondato da Isabella, moglie di Ferdinando I); *S. Severo Maggiore* (1448, edificato

sulle rovine di S. Maria a Selice); *S. Caterina a Formello* (1475, per gli infermi poveri).

Nel XVI secolo sorsero nuovi ospedali, alcuni dei quali ebbero anche un ruolo fondamentale nella organizzazione della Facoltà di medicina.

Nel 1514 Giovanna Castriota fondò l'*Ospedale di S. Gioacchino-Ospedaletto* per i gentiluomini poveri, ospedale che, purtroppo, finì con la morte della fondatrice.

Nel 1521, Maria Lorenza Longo, per adempiere a un voto, fondò l'*Ospedale di S. Maria del Popolo-Incurabili* che, come primi ricoverati, ricevette i marinai dell'ospedale di S. Nicolò al Molo.

Il nosocomio degli Incurabili, nel 1600, era diviso in due reparti: nel primo erano ricoverati seicento uomini; nel secondo erano curate seicento donne. Aveva, inoltre, una farmacia propria che, ancora oggi, si lascia ammirare per la eccezionale collezione di vasi. L'ospedale godeva anche di tre succursali: ad Ischia e ad Agnano per convalescenti tisici; a Torre del Greco per gli idropici. Fu questo il tempo in cui dagli Incurabili si levava alta la fama, in Italia e per l'Europa, del celebre Marco Aurelio Severino, sommo chirurgo, abilissimo zootomo, acuto filosofo e sublime letterato. Nel XVIII secolo, sotto Carlo III, l'ospedale fu sede degli insegnamenti ufficiali di medicina, chirurgia, ostetricia, oftalmia e dimostrazioni anatomiche, quest'ultime tenute da quel sagace ingegno che fu Domenico Cotugno.

Vanto dell'ospedale era, inoltre, il Collegio medico-cerusico che educò generazioni di valenti medici. E non va trascurato che ricoverò i folli fino a quando non furono trasferiti nell'antico monastero di S. Francesco di Sales e, successivamente, ad Aversa, quando, nel 1813, fu fondata la prima ampia struttura col solo compito di ricoverare i malati di mente. Il monastero di S. Francesco di Sales fu, poi, sede della clinica psichiatrica.

Nel 1540 il viceré Pietro de Toledo fondò l'*Ospedale di S. Giacomo Apostolo* per i militari spagnuoli. In questo ospedale fu allestito un primo nucleo di collezioni anatomiche, poi trasferite al Museo di anatomia annesso al Museo di zoologia dell'Università. Nel 1819 l'ospedale di S. Giacomo fu abbattuto per far posto al palazzo delle Finanze.

Nell'arco di pochi anni, dal 1572 al 1580, furono istituiti gli ospedali di *S. Maria della Vittoria* nei pressi di S. Caterina da Siena, poi riunito all'ospedale di S. Giacomo; di *S. Arcangelo a Baiano* per i pellegrini e

poi unito all'ospedale della Ss. Trinità dei Pellegrini; l'*Ospedale delle Prigioni*, costruito nelle carceri della Vicaria per ordine del viceré Giovanni Zunica.

Nel 1583 Fabrizio Pignatelli fondò per i pellegrini poveri l'*Ospedale della Ss. Trinità dei Pellegrini*. Nel 1815 l'Ospedale fu organizzato per accogliere anche i feriti e i fratturati, essendo stati soppressi gli ospedali dell'Annunziata e di S. Giacomo Apostolo. Da quest'epoca, l'ospedale dei Pellegrini istituì un servizio di pronto soccorso che, per la sua efficienza, costituì un importante riferimento per la città.

Due piccoli ospedali furono quello di *S. Maria della Misericordia*, fondato nel 1585 per i preti poveri e quello di *S. Giorgio dei Genovesi*, fondato nel 1587 dall'omonima confraternita per i genovesi poveri infermi.

Nel 1587 i frati di S. Giovanni di Dio eressero l'*Ospedale di S. Maria della Pace* per infermi di mali acuti. In quest'ospedale, nel 1815, fu trasferita una delle cliniche mediche dell'Università, tenuta dal «principe dei medici napoletani» Vincenzo Lanza che, alle sue dotte lezioni, richiamava un gran numero di studenti. Dal 1887 incominciò a ricevere i venerei e dal 1895 ebbe le cliniche universitarie di traumatologia e terapeutica, tenute dal Petrone e dal Semmola. In seguito, mantenne settanta posti letto per quattro sale: medica, chirurgica, dermosifilopatica ed ostetrica.

Alcuni ospedali nacquero a mano a mano che sorgevano necessità per la cura di malattie specifiche, come l'*Ospedale di S. Maria della Pazienza Cesarea* fondato nel 1601 per febbricitanti malarici; l'*Ospedale Donnanna*, istituito da Carlo III nel celebre palazzo a Posillipo, per l'epidemia di tifo del 1764; l'*Ospedale di S. Maria della Fede*, sorto per curare le meretrici infette da mali venerei; l'*Ospedale di S. Maria della Vita* sorto prevalentemente per la cura delle donne tubercolotiche del Regio Albergo; gli ospedali di *S. Maria della Consolazione, di Posillipo, del Collegio dei nobili* e *di Madonna delle Grazie* per i colerosi.

Il XVIII secolo non fu altrettanto fecondo di nuove istituzioni ospedaliere a causa dei molteplici avvenimenti che travagliarono la vita politica del regno: dalla caduta nelle mani dell'Austria ai fatali giorni della Repubblica partenopea. Tuttavia, fu il secolo nel quale l'edificio di S. Maria di Loreto fu trasformato nell'*Ospedale di S. Maria di Loreto*. L'edificio, sorto nel 1537, fu prima adibito ad orfanotrofio, poi a con-

servatorio di musica e, nel 1796, ad ospedale militare. Successivamente, nel 1834, per decreto di Ferdinando II fu adattato ad Istituto universitario per accogliere la cattedra di Patologia e, per la prima volta a Napoli, vi fu istituito un Gabinetto di ortopedia ove iniziò ad impartire le sue lezioni Lorenzo Bruni.

Nel secolo XIX riprese lo zelo di fornire alla città una sempre più efficiente assistenza sanitaria e, oltre ai già ricordati ospedali di S. Maria della Fede, S. Maria della Vita, S. Maria della Consolazione, Posillipo, Collegio dei nobili, Madonna delle Grazie, furono istituiti nuovi ospedali.

Nel 1806 un vecchio convento fu trasformato nell'*Ospedale della Ss. Trinità*, dapprima destinato solo al ricovero di militari, poi per ricoverare, nei suoi cinquecento posti letto, tossicolosi, scabiosi, folli, venerei, infettivi, cancerigeni, oftalmici, reumatici e traumatizzati.

Nel 1831 l'*Ospedale di S. Giovanni a Carbonara*, istituito sotto i francesi per la marina militare, ebbe una clinica oculistica universitaria e fu soppresso quando fu fondato l'ospedale di Piedigrotta.

L'*Ospedale di S. Francesco di Paola* sorse nei luoghi dell'omonimo monastero e, nel XIX secolo, fu mutato in struttura carceraria con annesso ospedale per reclusi. In questo ospedale il Nanula iniziò a collezionare i suoi preparati che costituirono il ricco patrimonio del suo celebre Gabinetto di anatomia.

I Borbone, soppresso l'ospedale di S. Giovanni a Carbonara, aprirono un nuovo ospedale di marina a Piedigrotta, l'*Ospedale di S. Maria di Piedigrotta*, capace di trecento posti letto divisi in dieci reparti per il ricovero di militari affetti da malattie mediche, chirurgiche, veneree e scabbiose.

L'*Ospedale della Conocchia*, istituito dal municipio per le malattie infettive, fu soppresso nel 1888 quando fu fondato l'*Ospedale Cotugno*, formato da sedici padiglioni in legno, capaci di centosessanta posti letto.

Nel 1863, nel vecchio monastero domenicano di Gesù e Maria, sorse l'*Ospedale di Gesù e Maria* per accogliere le cliniche medica, chirurgica, ostetrica, oculistica, dermosifilopatica, pediatrica e laringoiatrica dell'Università.

Fu in questo ospedale che tenne le sue lezioni il celebre Salvatore Tommasi, fondatore della moderna clinica medica napoletana.

E, quando la Provincia volle mantenere al Gesù e Maria un reparto di

ottantacinque posti letto per infermi di malattie infettive, si ebbe la sentita reazione di Ferdinando Palasciano che si rifiutò di operare in locali dove venivano accolte anche le malattie contagiose.

La fine del secolo vide la istituzione dell'*Ospedale Internazionale* promosso dallo Schroen per gli infermi stranieri, i quali potevano farsi curare dal sanitario che loro più aggradiva, e dell'*Istituto Ortopedico*, fondato dalla duchessa Teresa Ravaschieri per i bambini d'ambo i sessi infermi di mali chirurgici ed ortopedici.

Da questa rassegna delle istituzioni ospedaliere a Napoli, anche se sommaria, risalta l'altissimo ruolo civile e sociale che, nel passato e fin dalle origini, ha avuto l'assistenza sanitaria. Assistenza rivolta sempre alla particolare cura di categorie indigenti sia che fossero popolani o gentiluomini poveri, studenti o sacerdoti, pellegrini o detenuti, meretrici o folli.

Bibliografia

Archivio di Stato di Salerno, *Acta Doctoratus, vol. 22*, 1667-1668.
N. Barone, *Le cedole di Tesoreria dell'Archivio di Stato di Napoli dal 1460 al 1504*, Napoli, Giannini, 1885.
R. Calvanico, *Fonti per la storia della Medicina e della Chirurgia per il Regno di Napoli nel periodo angioino*, Napoli, L'Arte tipografica, 1962.
C. Celano, *Notizie della Città di Napoli*, Napoli, Chiurazzi, 1870.
S. De Renzi, *Napoli nell'anno 1764*, Napoli, s.e., 1868.
L. Del Pozzo, *Cronaca civile e militare delle due Sicilie*, Napoli, Stamperia Reale, 1857.
C. d'Eugenio, *Napoli Sacra*, Napoli, Beltrame, 1623.
M. Mastrorilli, *Gli Ospedali di Napoli*, Napoli, Biblioteca S. Giacomo, 1902.
M. Mastrorilli, *L'insegnamento ed il dottorato nella Medicina e nella Chirurgia in Napoli*, Napoli, Giannini, 1906.
V. Mezzogiorno, *Gli Anatomici della Scuola di Medicina in Napoli*, Napoli, Arte Tipografica, MCMLXXXIV.
V. Mezzogiorno, *La Scuola di Medicina in Napoli*, Napoli, Arte Tipografica, MCMXCV.
V. Mezzogiorno, *Marco Aurelio Sevenno*, Napoli, Arte Tipografica, MCMXCVI.
C. Minieri Riccio, *Studi storici fatti sopra 84 registri angioini*, Napoli, Rinaldi e Sellitti, 1876.
Saredo, *Relazione sulle istituzioni pubbliche di beneficenza di Napoli*, Roma 1903.
G. Sigismondi, *Descrizione della Città di Napoli e i suoi borghi*, Napoli, Terres, 1788.

VITTORIO DONATO CATAPANO

Matti nel sud peninsulare d'Italia (XVI-XX secolo)

Le ricerche che da vari anni vado conducendo per ricostruire, nel loro reale svolgimento, le vicende relative all'assistenza ai malati di mente nella parte peninsulare del Mezzogiorno d'Italia, confermano che l'istituzione che per prima provvide al ricovero e alla cura dei matti, non fu un «istituto speciale», un istituto cioè destinato esclusivamente ad essi, bensì la real Casa santa degli Incurabili di Napoli, che, fondata intorno al 1519 da Maria Lorenza Longo, provvedeva anche al ricovero e alla cura di altri tipi di infermi[1]. L'assistenza ai folli, gli Incurabili l'assicureranno per circa tre secoli, sino al 1813, quando l'11 marzo sarà decretata da Gioacchino Murat l'istituzione di uno «stabilimento speciale», cioè del manicomio di Aversa[2].

Una storia vera e propria di questo lungo periodo premanicomiale non è stata mai scritta e se si volesse oggi ricostruirla risulterebbe quanto mai difficile, per la distruzione massiccia di documenti verificatasi nel corso degli anni. E le difficoltà per una ricostruzione permangono nonostante io abbia avuto la fortuna di recuperare un libro manoscritto dal titolo *Regole, Stabilimenti ed Istruzioni per lo buon governo e retta amministrazione della Real Casa Santa degl'Incurabili e de' suoi Ospedali, Monasteri e Chiese*[3], di cui si erano perdute le tracce. L'elevato valore di questo libro è innegabile, perché contiene un numero considerevole di informazioni, ed io, utilizzando tutti i dati che si riferivano ai

[1] V. D. CATAPANO, *Matti agli "Incurabili" di Napoli*, Napoli, Liguori, 1995.

[2] *Decreto n. 1655 dell'11 marzo 1813*, in «Bullettino delle leggi del Regno di Napoli», Napoli 1813, I sem., p. 111.

[3] Copiate da un antico manoscritto esistente nell'archivio di detta santa casa l'anno 1851, a cura del governatore della stessa marchesa Tommasi.

matti, ho compilato una monografia che ho pubblicato l'anno scorso con il titolo «Matti agli 'Incurabili'di Napoli»[4]. Ma questa monografia, appunto perché è basata fondamentalmente su di un libro che è sostanzialmente un libro di regole ed istruzioni, non può essere considerata come una storia vera e propria della «pazzeria» degl'Incurabili — così la chiamavano a Napoli — per la quale sarebbero invece indispensabili tante altre informazioni[5]. È perciò necessario non allentare l'attenzione e la ricerca, perché documenti utili possono venir fuori anche dai posti più impensabili.

Ora, poiché è presumibile che i dati emersi dal manoscritto siano ancora poco noti, vediamone, rapidamente, qualcuno.

La «pazzeria», come l'ospedale che la comprendeva, era un'istituzione a carattere medico. Si componeva di due «luoghi separati», uno per gli uomini e uno per le donne. I matti uomini erano assistiti dal maestro dei matti e dai suoi aiutanti; le donne matte dalla maestra delle matte e dalle sue aiutanti. Ma era il medico che interveniva nei momenti importanti: era il medico che prendeva la decisione del licenziamento dei matti venuti in sé; era il medico che ordinava i rimedi e stabiliva se un matto dovesse «farsi calare ne' letti dell'Ospedale», «affinché in essi si possi curare». Però, mentre esisteva la figura del Maestro dei matti, non c'era ancora quella del medico dei matti, cioè di un medico addetto esclusivamente ad essi. Tra i matti c'erano anche quelli a pagamento, cioè quelli le cui famiglie pagavano la cura alla santa Casa, e c'erano anche i matti che lavoravano. I «servizi attinenti alli matti» sarebbero stati i seguenti: «custodire li Portoni», «Girare la ruota per tirare su l'acqua dal pozzo», «trasportare il mangiare alle Donne», provvedere «alla carrea del pane e alla dispensa del vino», «dar la tavola agli altri matti». Anche le matte facevano dei lavori: il libro non specifica

[4] V.D. Catapano, *Matti agli «Incurabili»*... citata.

[5] Così, ad esempio: il numero dei malati attraverso gli anni, quanti gli uomini, quante le donne, la loro età, il loro luogo di origine, il loro domicilio, il loro stato civile, le reali motivazioni dei ricoveri, le loro forme morbose; le reali condizioni di vita all'interno dell'istituzione, quanti i matti a pagamento, quanti quelli gratuiti, quanti i lavoratori, quali le diversità di trattamento e di vita, quale il reale impiego dei metodi curativi e dei mezzi di contenzione; quali le modalità e i problemi di convivenza tra matti e non matti, le possibilità di dimissioni, il comportamento dei sanitari e degli altri operatori, la loro posizione sui vari aspetti della gestione della follia, le reali possibilità di convivenza tra operatori sanitari e sfera amministrativa, tra personale laico e personale religioso.

quali, ma parla di denaro che perviene dalle fatiche delle pazze. Però non risulta se questo denaro, almeno in parte, fosse dato ai matti che lavoravano. È certo invece che agli uomini era riservato un supplemento dietetico particolare: così il matto che lavorava alla tromba dell'acqua o in altri servizi per gli ospedali, oltre alla razione comune, aveva ogni giorno once quattordici di pane ed un bicchiere di vino piccolo. Una grande importanza veniva attribuita agli atti di religione. C'era il convincimento che la religione fosse la premessa e costituisse un sostegno indispensabile nella cura dei vari tipi di infermi: il «beneficio spirituale» che dalla religione poteva derivare ad essi era considerato quasi altrettanto importante quanto il beneficio che poteva loro derivare dalle cure del corpo. Pertanto ogni giorno tutti i matti di casa intervenivano alla messa e, tra gli obblighi del Maestro dei matti, c'era quello di portare al confessore quei matti che avessero «qualche lume d'intervallo» e che fossero capaci di potersi confessare[6].

La «pazzeria» degl'Incurabili cessò di vivere, come ho detto, nel 1813. I matti uomini andarono via il 5 maggio e furono sistemati nei locali del convento della Maddalena dei Frati Osservanti di Aversa[7]; le donne, successivamente, in virtù di un decreto del 10 giugno, e furono sistemate, sempre ad Aversa, nei locali del soppresso convento dei Cappuccini[8].

Un lato positivo della riforma fu che il decreto relativo non faceva alcun riferimento alla salvaguardia della sicurezza pubblica, non prevedeva ruoli dell'autorità giudiziaria nella vita dell'istituzione, né conferiva all'internato posizioni giuridiche particolari. La motivazione fondamentale era costituita dall'idea del malato da assistere, da curare, di cui si deve ottenere — era detto — con misure efficaci il ristabilimento. Un altro lato positivo era che la nuova istituzione sorgeva con la funzione di un vero e proprio servizio pubblico destinato ad assicurare anche ai matti poveri il diritto all'assistenza e alla cura.

Ma accanto ai lati positivi, la riforma murattiana ne conteneva anche di negativi. Il più madornale, l'errore-base, fu quello di dare per scontato che un solo istituto potesse far fronte alle necessità di ricovero dei

[6] V.D. CATAPANO, *Matti agli «Incurabili»...* citata.

[7] V.D. CATAPANO, *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, Napoli, Liguori, 1986, pp. 34-35.

[8] *Ibid.*, p. 43.

malati di mente di tutta la parte peninsulare del sud d'Italia, e di relegare così i matti dei paesi lontani a distanze più o meno notevoli dalla propria terra, dalla propria famiglia, dalla propria cultura, dalla propria gente, il che equivaleva ad una vera e propria deportazione[9].

I guasti prodotti da questa prassi erano vari. Il primo era costituito dal fatto che venivano accolti e mantenuti alla rinfusa in un manicomio enorme e accomunati in un sistema uniforme di assistenza pazienti con caratteri etnici i più disparati[10]. Un altro guasto era rappresentato dall'elevato numero dei morti nei primi giorni di ricovero, perché «molti poveri pazzi trascinati dagli estremi lidi delle Calabrie, delle Puglie, degli Abruzzi, su per difficili sentieri, e con barbari mezzi di trasferimento, e peggio ancora accompagnati da gente o paurosa, o feroce, o disumana sempre... vi pervenivano così malconci da sopravvivere appena qualche giorno all'ammissione»[11]. Un altro guasto ancora era costituito dal basso numero delle guarigioni, sia perché i pazienti in genere si presentavano ad Aversa con forme ormai inveterate, sia perché non potevano usufruire dei «vantaggi curativi, che, più agevolmente si raggiungono utilizzando nel trattamento della pazzia, tutte le risorse regionali, senza interruzione o mutamenti radicali di usi, costumi, abitudini, clima, dialetto ed altro»[12]. Il fatto che il manicomio fosse così lontano da tanti paesi e il fatto che ve ne fosse uno solo, faceva sì che soltanto una minima parte dei pazzi potesse raggiungere Aversa e che invece la maggior parte di essi vagasse per le città e per le campagne esposti a dileggi, insulti, maltrattamenti, scherzi di cattivo gusto e anche a pericoli gravissimi, specie quando venivano del tutto abbandonati al loro destino.

Dopo quello del 1813 è il 1871 che rappresenta, nella storia dell'assistenza psichiatrica del sud peninsulare d'Italia, un anno di importanza particolare: è l'anno in cui la provincia di Napoli ritira i suoi folli da

---

[9] V.D. Catapano, *Le classi subalterne del Mezzogiorno tra la cultura della deportazione e la cultura dell'accettazione*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», 1987, 22, pp. 15-30; e dello stesso autore: *Aspetti singolari della riforma murattiana del regime sanitario dei Matti*, nello stesso Giornale, 1989, 25, pp. 5-22.

[10] F. Saporito, *Il Manicomio di Aversa in rapporto alla Legge ed ai Progressi della Tecnica Manicomiale. Mali e Rimedii*, Napoli, Giannini, 1907, p. 5.

[11] G. Virgilio, *L'assistenza pubblica dei pazzi nelle provincie meridionali*, estratto da «Rivista della Beneficenza pubblica e degli Istituti di Previdenza», 1879, mag., p. 11.

[12] F. Saporito, *Il Manicomio di Aversa...* cit., p. 9.

Aversa e li disloca a Madonna dell'Arco, cominciando così a far perdere al manicomio di Aversa quella funzione di «pozzo di assorbimento dei folli di tutte le provincie meridionali»[13] che sino ad allora aveva avuto. Ma ancora più importante è lo spazio di tempo compreso tra il 1881 e il 1905. In questo periodo ben undici province decidono di ritirare i loro malati da Aversa, ma solo l'Aquila, Catanzaro, Lecce, Salerno e Teramo li collocheranno in manicomi ubicati nel loro territorio. Le altre province: Avellino, Bari, Campobasso, Cosenza, Foggia e Reggio Calabria sposteranno i loro malati a pochi chilometri da Aversa, Reggio Calabria a Napoli, le altre a Nocera[14].

Nel 1904 — dopo che per circa trent'anni vari progetti si erano mossi invano tra la Camera e il Senato[15] — nel 1904, dicevo, viene varata la legge sui manicomi e gli alienati[16], e nel 1909 viene approvato il regolamento relativo[17]. In quel tempo ben nove delle sedici province meridionali, mantenevano ancora i loro malati in luoghi più o meno lontani. Ora, la legge e il regolamento, sul piano della deportazione, non producono alcun effetto positivo. La legge e il regolamento non solo non obbligano le province ad avere il loro manicomio, ma forniscono loro addirittura un appoggio per continuare a non averlo: l'art. 72 del regolamento ammette infatti che la provincia possa adempiere all'obbligo di assistere gli alienati poveri «avvalendosi di un manicomio esistente fuori del territorio della Provincia» stessa. Pertanto il numero dei manicomi nel sud peninsulare d'Italia rimarrà immodificato per ben ventotto anni. Sarà Reggio Calabria a rompere l'immobilismo, facendo entrare in funzione un proprio manicomio nel 1932. Nello stesso periodo anche a Bari verranno prese delle iniziative, ma le autorità delegheranno ad altri i

[13] G. Virgilio, *Sull'ordinamento dei Manicomi in Italia*, Aversa, Istituto Artistico, 1875, p. 8.

[14] Secondo F. Cascella il distacco sarebbe avvenuto nel seguente ordine: Napoli nel 1871, Catanzaro nel 1881, Bari nel 1883, Campobasso nel 1883, Foggia nel 1883, Teramo nel 1883, Salerno nel 1884, Cosenza nel 1884, Avellino nel 1885, Aquila nel 1891, Reggio Calabria nel 1891, Lecce nel 1901 (F. Cascella, *Il Manicomio di Aversa nel 1° centenario della fondazione, 5 maggio 1813-5 maggio 1913*, Aversa, Noviello, 1913, p. 129).

[15] *Legge riguardante disposizioni sui manicomi e sugli alienati 14 febbraio 1904, n. 36, corredata del testo completo di tutti i lavori parlamentari*, Napoli, E. Pietrocola, 1907.

[16] *Legge 14 febbraio 1904, n. 36 riguardante disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, in «Gazzetta Ufficiale del Regno», 43, 22 feb. 1904.

[17] *Regio Decreto 15 agosto 1909, n. 615, che approva il regolamento per l'esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n. 36, sui manicomi e sugli alienati*, in «Gazzetta Ufficiale del Regno», 217, 16 set. 1909.

propri doveri assistenziali e sarà un religioso — don Uva — che «su richiesta e suggerimento del preside della Provincia»[18], organizzerà a Bisceglie il manicomio che a partire dal 1935 ospiterà i malati della provincia di Bari[19].

Sino allo scoppio della seconda guerra mondiale, non si registra la nascita di altri manicomi. Ciò si verificherà alcuni anni dopo la fine della guerra, una guerra che porterà alla morte un numero spaventosamente alto di ricoverati. I primi posti della graduatoria delle morti sono occupati dalla Campania, dalla Calabria e dall'Abruzzo e Molise. Ad Aversa nel 1943 su 2039 degenti, ne muoiono 951, e nel 1944 su 1074 ne muoiono 414. La causa di tutte queste morti, quasi sempre, fu la fame. Ma di esse nessuno si accorse; per esse nessuna parola; la morte fisica di tutti quei malati passò per un evento senza rilevanza: come malati di mente essi erano considerati già morti[20].

Di questi fatti così raccapriccianti, come di tanti altri orrori, non c'è traccia alcuna o ci sono accenni per lo più molto fugaci, nei lavori di storia delle istituzioni psichiatriche scritti seguendo, esclusivamente o quasi, la linea così detta dei direttori. Seguendo questa metodica, il racconto di ciò che ha detto o scritto o fatto o pensato di fare questo o quel direttore, finisce per sostituirsi ad una storia che invece va ricostruita soprattutto attraverso la ricerca e lo studio dei documenti relativi alle varie componenti di una realtà estremamente complessa, qual è quella manicomiale. A quest'ultimo tipo di lavori appartiene quello pubblicato di recente da Elisa Allocati col titolo *L'assistenza per i matti di ieri: il manicomio «S. Maria Maddalena» di Aversa* (in *Il Patrimonio del Povero*, Napoli, Fiorentino, 1997, pp. 97-101). Va ricordato che io assunsi la direzione dell'istituzione nel momento in cui l'istituzione stessa, in conseguenza dei risultati di una ispezione promossa dal ministero della Sanità, veniva presentata dai giornali o come un autentico lager o come la fossa dei serpenti o come una istituzione in cui c'era tutto da rifare (vedi per questa vicenda e per l'opera di rinnovamento che ne derivò: V.D. CATAPANO, *O.P. Aversa 1967-1977. Nota I: il risveglio dal letargo* e *Nota*

[18] *1922-1972. Cinquantenario «Casa Divina Provvidenza»*, Molfetta, Messina, 1974, p. 5.

[19] *Don Pasquale Uva - Un sacerdote per la Società*, Bari, Cedim, 1985, p. 7.

[20] V.D. CATAPANO, A. MANFREDI, N. MATURO, A. NUCCIOTTI, *Fame e morte nei Manicomi Campani durante la Seconda Guerra Mondiale*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», 1978, 4, pp. 34-54.

II: l'ospedale si muove, in «Giornale storico di psicologia dinamica», vol. XI, fasc. 21, gennaio 1987, pp. 18-43 e vol. XII, fasc. 23, gennaio 1988, pp. 13-39).

Anche se con la guerra i manicomi si erano trasformati, chi più, chi meno, in campi di sterminio, essi sopravvivono alla morte dei loro malati e, nel sud peninsulare, nel 1949 ne sorge un altro: quello di Foggia, destinato ad accogliere i malati di quella provincia[21]. Anche questo manicomio è dovuto a don Uva, che più tardi, nel 1955, poco prima della sua morte (13 settembre 1955) ne darà inizio ad un altro, a Potenza, che sarà completato nel 1959[22]. Dopo questa data non ci sono altre iniziative e le province sprovviste di manicomio continueranno a deportare i loro malati: secondo un opuscolo edito dalla sezione AMOPI del manicomio di Nocera Inferiore, in quest'ospedale, nel 1974, si trovavano settecentocinquantasette malati di Cosenza, duecentoventicinque di Campobasso e centoquarantacinque di Isernia[23].

Si giunge così al 1978: l'anno della legge 180. Rispetto alla consuetudine di non tener alcun conto del problema dei folli dei paesi lontani, di ignorare il loro dramma e quello delle loro famiglie; rispetto alla prassi perversa di deportare il malato a distanze più o meno notevoli dalla sua terra, la 180 si presenta come un provvedimento rivoluzionario, come uno strumento di rottura e di svolta, perché dà la possibilità di metter fine alle pratiche malvagie per tanto tempo imperanti.

Come si sa, un punto importante della legge 180[24] — e di quelle ad essa collegate — era il graduale superamento dell'ospedale psichiatrico, ma un punto altrettanto importante era l'istituzione, nell'ambito di una zona territoriale ben delimitata, di servizi idonei a svolgere funzioni preventive, curative e riabilitative. Questo tipo di organizzazione consentiva di ottenere che le strutture indispensabili all'esercizio dell'assistenza psichiatrica avessero una distribuzione regolare, tale cioè da non lasciare — così come era accaduto nel passato per intere province — zone del tutto prive di servizi psichiatrici. Pertanto permetteva di eli-

---

[21] *Don Pasquale Uva...* cit., p. 27.

[22] *Ibid.*, pp. 133-35.

[23] *Documenti degli Operatori Sanitari dell'Ospedale Psichiatrico Consortile Vitt. Emanuele II di Nocera Inferiore*, a cura della sezione AMOPI *di Nocera Inferiore*, Cava dei Tirreni, s.d., p. 35.

[24] *Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, in «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana», 133, del 16 mag. 1978.

minare gli effetti dannosi derivanti dallo sradicamento del malato dal proprio ambiente e di evitare gli inconvenienti legati alla inadeguata conoscenza, da parte degli operatori psichiatrici, del contesto socio-culturale del malato. In poche parole questo tipo di organizzazione abbatteva finalmente le lontananze: la lontananza del malato dal suo mondo e la lontananza degli operatori psichiatrici dal mondo del malato.

Il 31 dicembre 1996 i manicomi avrebbero dovuto vedere la loro fine. Ma questa data salterà. Non sarebbero ancora pronte le strutture alternative. Il non rispettare le scadenze era la regola predominante nelle istituzioni psichiatriche. Speriamo che questa e tante altre dinamiche di tipo manicomiale non sopravvivano nelle strutture destinate a sostituire quelle del passato. Il problema dell'assistenza psichiatrica — è bene ricordarselo in ogni momento — non è soltanto un problema di strutture, ma è anche e soprattutto un problema di impegno degli operatori psichiatrici, di rapporti tra gli operatori e i malati e di rapporti tra gli operatori e le famiglie dei malati. Perciò, se non ci sarà una forte presa di coscienza da parte dell'uomo dei suoi doveri nei confronti dell'uomo malato; se non ci sarà una generale profonda rigenerazione morale e professionale, la fine del calvario di tanti poveri malati e di tante famiglie sarà ancora di là da venire.

CORRADO CORGHI

Il CISO per la salvaguardia degli archivi ospedalieri e degli enti di pubblica assistenza

All'atto della fondazione del CISO (Reggio Emilia 1956), la maggiore preoccupazione fu quella della distruzione e dispersione degli archivi storici degli ospedali. A parte alcuni studiosi locali, altamente benemeriti, non esisteva una cultura storica negli amministratori: tutto lo sforzo era diretto a dare un nuovo assetto architettonico e urbanistico là dove le istituzioni ospedaliere erano organizzate secondo antichi statuti e osservanti della riforma di Crispi.

Se si cercava un ammodernamento all'interno di vecchie strutture era necessario, anche per l'aumento delle domande di ricovero, ottenere spazi sacrificando depositi di archivio. Gli archivisti ospedalieri in gran parte non avevano titolo o cultura adeguate alla conservazione dei documenti, e ancor meno degli oggetti materiali. In questa situazione molto è andato disperso o trafugato, con particolare attenzione a opere d'arte, a sigilli, a pergamene e a mobili di valore. Nella mia esperienza di presidente di un ospedale provinciale, con molta fatica, organizzai una mostra delle opere d'arte del «Pio Luogo», e ne pubblicai il catalogo: era la prima volta che le opere d'arte del «Santa Maria Nuova» venivano poste all'ammirazione dei concittadini. Ma per gli archivi storici non riuscii a superare la diffidenza e l'accusa di distogliere l'attenzione degli amministratori dalla costruzione del nuovo complesso ospedaliero. Un primo tentativo di dare consistenza culturale e professionale agli archivisti fu quando, per iniziativa del CISO, si fece un incontro a Bologna fra gli archivisti ospedalieri, in collaborazione con l'associazione Regionale degli ospedali emiliani e romagnoli (AROER). Ma non si andò oltre malgrado le migliori intenzioni. Fummo convinti che la battaglia per la conservazione e valorizzazione degli archivi doveva necessariamente passare per la crescita della cultura storica, e pertanto portare il CISO e il

suo programma ovunque si dibattevano problemi ospedalieri, sia su piano nazionale con l'appoggio della FIARO, sia su piano locale, incentivando le ricerche su singoli ospedali anche per occasioni celebrative. Poi allargammo lo sguardo all'Europa (1960) per poter far nascere centri nazionali di studi di storia ospedaliera ovunque possibile: il nostro esempio venne seguito rapidamente dalla Francia con la creazione della Societé che nacque con la valida collaborazione degli archivisti. Proseguendo nel suo cammino, sempre difficile per la scarsità di mezzi economici, il CISO rafforzò la dimensione di volontariato culturale che ancora oggi resta un vanto per il Centro.

Il CISO riconobbe il valore delle ricerche e studi sulla storia della medicina e ottenne dai cattedratici collaborazione scientifica, ma proseguì oltre con il convegno di Arezzo (anni '70) ponendo su piano interdisciplinare il complesso storico della sanità.

Pertanto avviammo la settorialità delle ricerche iniziando con l'assistenza nel rapporto fra Stato e Chiesa (convegno di Pistoia), poi con la Storia architettonica ospedaliera e ancora con la Storia legislativa sanitaria (celebrazione a Montecitorio del centenario della riforma Crispi). Proseguimmo con un Simposio internazionale sulla medicina indigena e popolare dell'America Latina, con la collaborazione dell'Istituto italo-latino americano. Il CISO organizzò il simposio a Roma, poi continuò sul tema della medicina popolare con il convegno di Pesaro e l'apporto dell'Istituto di antropologia culturale di Perugia. Più tardi a Lima, il CISO potè essere partecipe, assumendo la vicepresidenza del Congresso mondiale di medicina indigena. Un altro settore di ricerca è la storia delle professioni sanitarie: abbiamo iniziato con un convegno nazionale a Reggio Emilia (organizzato insieme alla Federazione degli ordini infermieristici); si dovrà proseguire con la professione di medico dentista che ha già alcune ricerche in altri Paesi. Anche le terme hanno avuto posto nel CISO con un gruppo di studio e una serie di convegni iniziati a Salsomaggiore nel 1962 e proseguiti fino al convegno europeo di Merano nel 1997. Anche sul tema termale il CISO ha abbandonato la storia *sic et nunc* di un'azienda, per proiettarla sulla storia della città termale: quindi storia della medicina, dell'organizzazione, dell'urbanistica e anche storia economica e sociale. Per l'archivistica il CISO lombardo dette inizio con una ricerca poi pubblicata sullo stato degli archivi ospedalieri della regione; proseguì il CISO Piemonte con una più vasta ricerca degli archivi negli enti di assistenza, e il CISO Veneto con la vivacità intel-

lettuale della dottoressa Vanzan Marchini. Per gli ospedali psichiatrici gli archivi sono all'attenzione del Centro di documentazione storica che ha sede a Reggio Emilia nell'ex frenecomio di S. Lazzaro, e col quale è costante il rapporto del CISO.

Ci siamo mossi a tutto campo quando fummo cortesemente invitati al convegno di Napoli, ideato e organizzato dalla Soprintendenza archivistica della Campania. La collaborazione con l'autorità degli Archivi è fondamentale se il CISO vuole proseguire per la salvaguardia di patrimoni essenziali per il ricercatore. Questo importante convegno potrebbe aprire la strada non solo per la costituzione del CISO campano, ma anche per la sua specificità per gli archivi ospedalieri e delle istituzioni sanitarie e di assistenza (IPAB). È nel programma del CISO, per i pochi anni che ci separano dal 3° millennio, istituire una Summer school, ogni biennio per gli archivisti nelle istituzioni sanitarie in una sede ospitale. È un progetto che potrebbe essere assunto nel programma del CISO campano.

La cultura storica della sanità è certamente cresciuta in questi quaranta anni, numerose e ricche sono le pubblicazioni, ma trovano difficoltà di puro carattere economico le riviste a cominciare da quelle del CISO lombardo «Sanità scienza storia», e dalla rivista internazionale del CISO toscano. Eppure una rivista a divulgazione nazionale è estremamente importante, soprattutto come informativa e di collegamento.

In Sardegna da venti anni opera il premio annuale «Iglesias» con una componente affidata al CISO: i libri editi in Italia e all'estero su sanità e ambiente. Il premio è dotato finanziariamente dalla Regione Sardegna. Si può pensare ad un settore proprio per gli archivi sanitari, in accordo col CISO sardo.

Un ultimo problema riguarda le cartelle cliniche. Queste, dopo un certo periodo di tempo, venivano destinate al macero. Le nuove tecnologie possono permettere una conservazione adeguata a chi si appresta non solo a organizzare statistiche, ma anche ad analizzare la storia delle malattie in determinati periodi e in determinate comunità. Non saremmo a conoscenza della storia delle grandi epidemie se non avessimo fonti sicure di medici e di amministratori pubblici della sanità.

Anche la storia delle malattie negli animali ha condotto il CISO a costituire una sezione di Storia veterinaria che è assai ricca e che coinvolge anche la storia dell'alimentazione. L'entrata della storia sanitaria nelle Università trova, ovviamente, degli incagli; è stata esemplare l'ini-

ziativa del prof. Berlinguer, alcuni anni or sono rettore dell'Università di Siena, che introdusse la storia sanitaria in posizione di interfacoltà. Quindi un primo passo verso il completo riconoscimento istituzionale. Da parte nostra si sta operando per dare un assetto definitivo al CISO come fondazione.

Abbiamo sul tappeto alcune proposte di storia economica, come la storia dei bilanci ospedalieri, la spesa sanitaria, l'economia curtense negli ospedali dal Medioevo alla seconda guerra mondiale. Avremo necessità di interessare a questo scopo anche l'Istituto internazionale di Storia economica «Datini» di Prato, e la Società degli storici dell'economia.

In conclusione il cammino del CISO è ancora lungo, ma anche pieno di promesse: i fondatori man mano escono di scena, ma nuove forze culturali assumono il testimone.

Grazie per avermi ascoltato.

Pubblicazioni CISO

1 *Atti del primo congresso italiano di Storia ospitaliera*, Reggio Emilia 1957.
2 *Atti del secondo congresso italiano di Storia ospitaliera*, Cirié 1962.
3 *Atti del primo congresso europeo di Storia ospitaliera*, Rocca San Casciano 1962.
4 *Studi di Storia ospitaliera*, Firenze, Olschki, 1962-65.
5 *Storia della Sanità in Italia - metodo e indicazioni di ricerca*, Roma 1978.
6 *Gli archivi storici degli ospedali lombardi*, Milano, Regione Lombardia, 1982.
7 *Stato e Chiesa di fronte ai problemi dell'assistenza*, Roma 1982.
8 *Agenda della salute*, Roma 1977-1978-1979.
9 *Ospedale e Habitat*, Roma 1975.
10 *Sanità e Resistenza*, Roma 1978.
11 *Malattie terapie e istituzioni sanitarie in Sicilia*, Palermo 1985.
12 *Struttura e funzionalità delle istituzioni ospitaliere siciliane nei secoli XVIII e XIX*, Palermo 1991.
13 *Difesa delle società dalle calamità naturali nel bacino mediterraneo*, Roma 1982.
14 *Seminario internazionale sulla medicina indigena e popolare nell'America Latina*, Roma 1979.
15 *Sanità scienza e storia*, Milano, Angeli, 1984-1992.
16 *La città termale e il suo territorio*, Galatina 1986.
17 *Atti del primo congresso di Studi storici termali*, Fidenza 1964.
18 *Atti delle giornate di Studi storici della veterinaria*, Reggio Emilia 1991.
19 *Gli ospedali in area padana fra 700 e 900*, Milano 1992.
20 *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Milano 1982.
21 *Atti del quarto convegno di Storia termale - Architettura arte e tecnica nella storia termale*, Reggio Emilia 1996.
22 *Atti del terzo convegno nazionale - Terme di Terra del Ducato Parmense*, Parma 1993.
23 *L'arcispedale S. Maria Nuova nel seicentesimo di fondazione*, Reggio Emilia 1998.

NELLI-ELENA VANZAN MARCHINI

L'eterogeneità dei patrimoni ospedalieri: problemi della conservazione e della valorizzazione

In questa mia relazione non parlerò soltanto di archivi sanitari, ma introdurrò il concetto piu articolato di patrimonio ospedaliero. In Italia infatti molti sono gli ospedali che hanno origini antiche e che con continuità hanno accolto negli spazi originari prima l'assistenza in cui la carità si fondeva al controllo sociale e alla cura, poi l'esercizio delle tecnologie terapeutiche della odierna sanità.

La loro funzione si è sviluppata nei secoli in forme architettoniche e con tipologie diverse, lasciando testimonianze non solo monumentali e cartacee, ma anche librarie, strumentarie, artistiche che dovrebbero essere conservate, valorizzate e restituite come un *unicum* alla memoria collettiva.

Tutte queste testimonianze hanno un'enorme importanza sia per la storia della sanità che per quella dell'arte, dell'architettura e della scienza medica, possiedono inoltre una valenza culturale territoriale perché sono legate alla difesa della salute delle varie comunità.

L'attenzione che giustamente viene rivolta alle strutture architettoniche e alle opere d'arte che abbelliscono le chiese e i palazzi antichi, spesso non corrisponde ad una eguale sensibilità nei confronti dei patrimoni sanitari le cui carte, cartelle cliniche, oggetti di farmacia e strumentazione varia narrano la storia dell'atto terapeutico e del rapporto dei singoli e delle collettività con la malattia e la cura.

I patrimoni ospedalieri sono caratterizzati dalla grande eterogeneità dei materiali che comprendono e da ciò derivano le difficoltà nel garantire la loro adeguata catalogazione e conservazione.

Le diverse classificazioni di archivio, biblioteca, museo, pinacoteca ... non sono sufficienti a definire la composita complessità delle «*univer-*

sitates rerum sanitatis» attraverso cui si è esplicata la funzione degli ospedali prima come xenodochia poi come contenitori di varia marginalità e infine come laboratori di cura. Tale peculiarità, se non corrisponderà a adeguate strategie di salvaguardia, porterà alla dissoluzione di questi giacimenti culturali e alla perdita della memoria della sanità.

Per la parte cartacea, sia clinica che amministrativa, la legislazione vigente in materia di archivi stabilisce i criteri della conservazione e l'obbligo di far accedere gli studiosi alla consultazione (d.p.r. 1409 del 30 sett. 1963). In particolare per le cartelle cliniche vi sono norme che tutelano il segreto professionale e d'ufficio, per esse vige inoltre il dovere di conservazione a tempo illimitato (circ. del Min. della sanità n. 900 del 3/2/1982).

Le cartelle cliniche sono documenti fondamentali ai fini terapeutici, legali e assicurativi, ma, oltre al valore medico e giuridico, esse hanno anche una grande importanza storica in quanto costituiscono una preziosa fonte di dati per le ricerche epidemiologiche, purtroppo la loro cattiva conservazione è punibile solo se dolosa e non ricade sotto alcuna sanzione se dovuta a negligenza. È per questo motivo che si assiste alla ricorrente perdita di questo materiale tanto ingombrante quanto importante per la storia delle malattie. La cartella clinica di un ospedale pubblico è un atto pubblico a formazione multipla perchè compilata dai medici sotto la diretta responsabilità del primario e custodita dalla direzione sanitaria, è protetta dal segreto professionale (art. 622 del codice penale) e dal segreto d'ufficio (art. 326 del codice penale). Mentre per gli archivi clinici correnti l'adozione di tecnologie informatiche sostituirà la grande massa cartacea con supporti piu funzionali alla conservazione e alla rapida consultazione, per la parte storica, il problema dello spazio e il pericolo della distruzione costituiscono un minaccia concreta. A Venezia ad esempio l'archivio clinico dell'ospedale civile della prima metà del '900, che registra la storia delle malattie nel periodo della nascita della grande zona industriale di porto Marghera, giace in una chiesetta diroccata sotto al guano dei piccioni. È dunque evidente che stiamo vivendo un'epoca di transizione in questo settore in cui le necessità della conservazione ma anche della gestione e della consultazione dei dati comporteranno una inevitabile trasformazione del supporto cartaceo in altri più adeguati all'esercizio della sanità contemporanea.

Alcuni nosocomi delle città storiche italiane possiedono documenta-

zione antica per lo più relativa a lasciti ottenuti dagli antichi ospedali nei quali l'esercizio dell'assistenza e della carità cristiana era possibile grazie alla generosità dei benefattori. Questi fondi, individuati come preziosi, vengono talvolta depositati negli Archivi di Stato affinché li restaurino, li conservino e ne permettano la consultazione. L'operazione è senz'altro meritoria perché garantisce la sopravvivenza e talvolta il restauro di tale materiale, però l'ottica culturale complessiva, che suggerisce tali frantumazioni nella memoria degli ospedali disgregandone l'integrità, dovrebbe cambiare. Sarebbe opportuno infatti cominciare a rapportarsi agli archivi ospedalieri come a dei patrimoni che vanno organizzati e salvaguardati nella loro totalità perché le cartelle cliniche richiedono consultazione e conservazione come le mappe antiche, le piante e i progetti dell'Ottocento o del Novecento non sono meno degni di conservazione di quelli di due secoli prima, ma soprattutto un ente che sta scrivendo la storia dell'assistenza e della cura di oggi non può essere incapace di conservare la storia di ieri. Il passaggio agli Archivi di Stato delle parti più antiche dei fondi ospedalieri segnala l'esigenza di un piano di intervento culturale che impedisca che in questi patrimoni si attui una frattura fra l'archivio corrente e quello storico, frattura che sancisce l'incapacità di conciliare l'attività presente con la memoria del passato affidato ad istituzioni esterne all'ente produttore. Quel che è peggio è che si viene a creare all'interno di uno stesso archivio, che come un organismo è un tutto unico, la separazione fra documenti che vanno salvaguardati ed espiantati per custodirli «bene» altrove, e tutti gli altri che si lasciano nell'ente che li ha prodotti. La categoria in base alla quale si opera tale selezione è discutibile, così come il concetto per cui all'interno di un unico archivio si introducono divisioni basate su opportunità e discipline diverse rispetto a quelle che lo hanno generato e che sono pertinenti all'esercizio dell'assistenza ospedaliera e della sanità.

È indubbio infatti che negli archivi ospedalieri è scritta più che altrove la storia della sofferenza dei singoli e delle comunità, la storia della solidarietà, del controllo sociale e delle cure.

La conservazione non deve basarsi sull'individuazione di carte più o meno degne di essere custodite e salvaguardate in base a concetti estetici o al loro presunto valore antiquario, ma la tutela deve garantire il vincolo archivistico, cioè il legame che caratterizza tutte le parti di un

archivio e che costituisce il valore intrinseco di ciascuna di esse che, da sola, non avrebbe alcun significato mentre la lacuna che lascerebbe sarebbe incolmabile.

Talvolta il passaggio di un fondo antico o di qualche pezzo singolo e prezioso da un archivio ospedaliero ad un'altra istituzione è la scelta del male minore rispetto al rischio della dispersione. Però il fondo delle cartelle cliniche e lo strumentario, soprattutto se ingombrante, non passano quasi mai a nessuno, nessuno si preoccupa di salvaguardarli e in vari ospedali ci si è liberati di essi con il pretesto del degrado.

Gli stessi Archivi di Stato, che sono pronti ad accogliere preziosi fondi antichi, manoscritti, pergamene, non sempre sono disposti ad accettare il versamento metodico di tutto ciò che di tempo in tempo dovrebbe passare all'archivio storico degli ospedali. Pare poco credibile l'ipotesi che chi accoglie oggi i fondi antichi domani sia pronto a recepire la gran massa di cartelle cliniche che viene spesso abbandonata all'estinzione naturale creando lacune irreparabili nella storia della sanità e della scienza medica.

Il problema sta nell'atteggiamento culturale che valorizza ciò che si distacca dalla sanità e dà per scontato che ciò che riguarda la pratica della cura, la storia degli uomini e degli strumenti non occorre lasci traccia, quasi che la sanità per essere all'altezza di una supposta produttività scientifica nel presente debba sbarazzarsi e distruggere il proprio passato.

Il concetto di patrimonio ospedaliero come somma di serie diverse, correnti e antiche, collegate da vincolo archivistico

La situazione della conservazione del passato prossimo della sanità è preoccupante soprattutto se si considera il patrimonio strumentario degli ospedali. Gli strumenti obsoleti, superati da altri più funzionali, vengono scartati e avviati alla rottamazione. L'origine di questa prassi, a causa della quale il presente che si compie distrugge le testimonianze del proprio passato, è da ricercarsi nello sviluppo dell'industria tecnologico-terapeutica. Infatti, finché i medici sono stati gli ideatori o i diretti ispiratori della loro strumentazione, la storia della medicina ha salvaguardato e conservato prototipi, descrizioni e immagini, quando essi

hanno passato il testimone all'industria iperspecialistica, la strumentazione è divenuta oggetto dei cataloghi commerciali, mentre il medico si è trasformato in un consumatore che, come tutti i consumatori, sceglie, acquista e scarta.

L'impossibilità di conservare tutto ciò che viene smesso, in particolare lo strumentario ingombrante, e la necessità di non perderne la memoria inducono a valutare con urgenza l'opportunità di far redigere inventari e cataloghi dello strumentario scientifico all'atto della sua acquisizione, impiegando schede e linguaggi informatici universali.

Organizzare la catalogazione/conservazione del passato e del presente significa in questo settore porre le basi della sanità futura. Infatti, se l'archivio è il complesso delle scritture attraverso le quali si è esplicata l'attività pratica di un istituto o di una persona, se l'unicità del soggetto che ha prodotto le scritture determina un «vincolo» che caratterizza ciascuna di esse come originaria, necessaria e insostituibile, poiché gli ospedali realizzano la loro attività sanitaria non solo attraverso scritture, ma anche attraverso tecnologie, alle carte è necessario collegare i libri, gli strumenti, i reperti anatomici, gli oggetti di farmacia e quant'altro viene acquistato e usato dall'ente nell'esercizio delle sue funzioni.

È in base a tale considerazione che lo strumentario storico e corrente di fatto andrebbero considerati come un tutt'uno con gli archivi cartacei e quindi dovrebbero avere un inventario e una catalogazione almeno fotografica che lascino traccia di essi dopo lo scarto.

A ben riflettere, per lo storico che fra qualche secolo si accosterà ai differenti universi assistenziali del passato vi sarà poi tanta differenza fra un lascito testamentario del XVI secolo e il macchinario terapeutico donato nel XX secolo da una banca? Non testimoniano entrambi l'esercizio della solidarietà in una struttura che ha svolto nel tempo le proprie funzioni assistenziali specializzando poi quelle sanitarie? Eppure del lascito del Cinquecento resterà la bella pianta della quale tutti oggi si preoccupano, del macchinario, una volta smesso, non resterà nemmeno la fotografia.

Per evitare l'assoluta dispersione delle tecnologie terapeutiche i patrimoni strumentari dovrebbero essere considerati parte integrante degli archivi storici degli ospedali per una serie di motivi culturali e pratici.

Prendiamo come esempio gli strumenti antichi, che sono in certo senso fuori pericolo perché oltre una certa età scatta l'amore antiquario,

per essi passa il pericolo dello scarto, ma subentra quello dei furti e della cattiva custodia: il rischio è che, come per il fondo cartaceo antico, si pensi di affidarli in custodia a qualche istituzione estrapolandoli dal contesto che li ha prodotti. Così facendo li si decontestualizza e si perde il nesso con le pratiche nelle quali i singoli strumenti erano utilizzati, si cancella il senso storico dei loro raggruppamenti in specifiche strutture e discipline sanitarie. Insomma essi rischiano di diventare ferraglia senza significato, ammassata nello scantinato di qualche museo. Invece, aggregando gli strumenti agli archivi storici dei loro ospedali, ci si assicura di poter correttamente risemantizzare i singoli pezzi avvalendosi delle cartelle cliniche o di altre fonti documentarie e librarie che consentano di ricostruire la dimensione storica, scientifica e sociale delle tecnologie mediche. Tale aggregazione garantirebbe un rapporto di continuità con l'archivio vivo e porrebbe le premesse di una catalogazione sistematica di tutte le tecnologie terapeutiche in uso.

Il valore scientifico di tale catalogazione avrebbe riflessi pratici positivi sulla gestione delle tecnologie ospedaliere e sulla verifica dei costi di acquisizione, manutenzione, durata, impiego, nonché sulle prestazioni ed efficacia di ciascun macchinario. Una volta smesso il materiale, vi sarebbero le premesse per il versamento metodico dall'armamentario corrente a quello storico, si eviterebbe dunque di creare quella lacuna incolmabile che si va formando quando si gettano gli strumenti vecchi e superati.

A questo proposito è emblematico il fatto che le amministrazioni ottocentesche di molti ospedali si premurassero nei loro statuti di conservare la strumentazione medica affidandola al chirurgo primario ispettore all'armamentario in quanto la memoria era considerata una componente fondamentale anche per una scienza medica proiettata verso il futuro, ma non per questo disposta a dimenticare il passato. Il Novecento, con la sua smania di scartare tutto ciò che si ritiene superato, ha creato e contina a creare un buco nero nella storia della scienza.

Uno dei più preziosi strumentari italiani, quello veneziano, ci è giunto solo grazie all'amore antiquario dell'economo dell'ospedale. Come si è detto, passare lo strumentario in un museo vorrebbe dire spezzare il vincolo che gli dà significato, ma anche prospettare la conservazione di ogni ferro ospedaliero pare antieconomico e irrealizzabile. Non si propone perciò di trasformare gli archivi degli ospedali in musei

che raccolgano tutti i vecchi macchinari grandi e piccoli, ma di conservare, perpetuandole, le collezioni antiche già esistenti e degne di nota, arricchendole con prototipi significativi, documentazione, scheda tecnica e foto relative a ciascuna tecnologia medica.

La funzionalità odierna non deve essere separata dall'organizzazione della memoria, perché una lucida memoria è la premessa indispensabile ad un'attività efficiente e produttiva. L'ideale dunque sarebbe organizzare per gli ospedali italiani dotati di notevoli patrimoni storici come quello veneziano degli archivi storici completi e articolati. Il primo passo da compiere in tal senso è quello di individuare tali patrimoni ospedalieri e di conoscerne il valore e l'entità, il secondo è quello di catalogarli e valorizzarli.

Un esempio di patrimonio ospedaliero

L'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA

serie storiche possedute

Atti antichi ospedali: 64 buste dal 1198 al XIX sec. con 772 pergamene

Piante e progetti del XIX e XX secolo. Questo fondo comprende il famoso progetto di Le Corbusier

Archivio amministrativo dell'800 e '900: 243 buste dal 1879 al 1940

Archivio cartelle cliniche: 3776 buste dal 1906 al 1940, attualmente coperte di guano nella chiesa cadente di S. Maria del Pianto

Biblioteca storica con circa 15.000 volumi fra cui preziose cinquecentine e incunaboli

Strumentario dal XVIII agli inizi del XX secolo: 700 numeri di inventario per 474 foto e circa 2000 pezzi organizzati in serie e trousses

Lastre fotografiche di folli, di sezioni di tessuti cerebrali (1200 circa); lastre del reparto ortopedico di Francesco Delitala (300 circa) e dei restauri delle strutture monumentali e sanitarie (130 circa)

Archivio e museo anatomico con tutti i registri che documentano l'attività anatomo-patologica dal 1883 e istologica dal 1924 ad oggi e circa 200 reperti anatomici

Farmacia con oggetti del XIX e XX sec.

Parte monumentale

Convento e chiostri dei SS. Giovanni e Paolo (sec. XIlI) in parte ristrutturati da Baldassar Longhena nel sec. XVII, pregevole biblioteca intagliata da Giacomo Piazzetta e dipinta da Federico Cervelli nel sec. XVII.

Scuola grande di S. Marco del XV secolo, bruciata nel 1485 e restaurata fra la fine del XV e l'inizio del XVI sec., contiene tele di Tintoretto, Palma il Giovane, Mansueti, Bellini ...

Ospedale di S. Lazzaro e Mendicanti (sec. XVI-XVII) con omonima chiesa con relativi decori, arredi, quadri di Veronese, Tintoretto, Guercino.

Chiesa di S. Maria del Pianto (sec. XVIl)

Il progetto culturale e i referenti scientifici

Il caso del patrimonio dell'ospedale civile di Venezia è emblematico delle difficoltà della conservazione e valorizzazione della memoria della sanità a causa delle obiettive carenze delle ussl nel settore della gestione dei beni culturali dal momento che il loro scopo primario è quello dell'assistenza.

Nel 1985 è stato inventariato tutto il patrimonio e valorizzato con una mostra permanente nei locali monumentali della scuola grande di S. Marco, parte integrante dell'ospedale[1].

Nel 1986 è stato pubblicato l'inventario ragionato con il progetto di valorizzazione del passato in funzione della produttività dell'ente ospedaliero[2]. Da allora si sono avvicendati vari direttori e i beni degli ospedali, che erano di proprietà dei comuni, sono passati alle ussl. Perciò, in base al d.l. 517 del 1993 e alla legge regionale n. 56 del 1994 che ha istituito le ussl, il patrimonio è stato trasferito dai comuni alle ussl con delibera regionale 2086 del 19/4/1995.

Dal 1986 ad oggi si è verificato il progressivo degrado delle strutture

[1] COMUNE DI VENEZIA, *La Memoria della salute. Venezia e il suo ospedale dal XVI al XX secolo*, a cura di N.E. VANZAN MARCHINI, Venezia, Arsenale, 1985.

[2] N.E. VANZAN MARCHINI, *L'Ospedal dei Veneziani. Storia-patrimonio-progetto*, Venezia, Commerciale, 1986.

espositive della mostra permanente, l'archivio cartelle cliniche sta marcendo sotto il guano dei colombi.

Tutto ciò si verifica non per cattiva volontà, ma per le carenze strutturali di aziende che stanno pilotando la loro trasformazione per rispondere al bisogno di cura e non riescono ad organizzare nuove competenze per la gestione della memoria.

Si tratta dunque di eleborare un progetto culturale che consenta di inviduare le ussl depositarie di cospicui patrimoni ospedalieri e di prospettare dei criteri operativi per affiancare le amministrazioni sanitarie nella conservazione e valorizzazione della loro memoria.

A tal fine sarà opportuno realizzare un progetto articolato nelle seguenti fasi:

1) censimento dei beni culturali delle ussl e individuazione dei patrimoni ospedalieri di rilevanza storica;

2) risistemazione, valorizzazione ed esposizione dei patrimoni di particolare rilievo in spazi monumentali reperiti all'interno delle strutture che li hanno prodotti (antiche chiese sconsacrate, saloni storici...);

3) costruzione di percorsi che forniscano un criterio di lettura della realtà storico-sanitaria, realizzando una sorta di museo diffuso delle comunità locali in cui i singoli patrimoni e i piccoli archivi, senza perdere la loro identità, costituiscano i segmenti eterogenei di un'unica e armonica memoria.

Per realizzare tutto ciò vi è la necessità di fare una convenzione fra il Ministero per i beni culturali, il Ministero della sanità e il CISO in base alla quale si affidi ai CISO regionali l'incarico di creare e realizzare in collaborazione con le soprintendenze archivistiche dei programmi volti alla redazione dei censimenti e all'elaborazione di strategie per la tutela e valorizzazione dei patrimoni delle USSL.

Il CISO con la sua quarantennale competenza può diventare il riferimento operativo per le ussl, i Ministeri della sanità e dei beni culturali e può raccogliere sponsorizzazioni per la realizzazione dei progetti.

La gestione della maggiore risorsa italiana, quella dei beni culturali, anche nel campo sanitario può favorire, attraverso una oculata offerta e una adeguata valorizzazione, il turismo di studio e la convegnistica medica, garantendo alle ussl un notevole ritorno d'immagine e una rica-

duta positiva sulla popolazione attraverso l'aggiornamento scientifico e il conseguente miglioramento delle prestazioni mediche.

La crescente domanda di bene culturale, legata all'aumento del tempo libero e all'incremento dei flussi turistici, induce a creare e potenziare offerte differenziate per allentare la pressione esercitata sui beni artistici tradizionali. I patrimoni ospedalieri proprio per la loro eterogeneità, potrebbero divenire, mediante una mirata progettazione scientifica, i fulcri di una nuova cultura storico-sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

Per approfondimenti del dibattito sulla storia della sanità rinvio a:

Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca, a cura del CENTRO ITALIANO DI STORIA SANITARIA E OSPITALIERA, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1978.

Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina, a cura di F. DELLA PERUTA, Torino, Einaudi, 1984.

Per una storia delle malattie, a cura di J. LE GOFF, J.C. SOURNIA, Bari, Dedalo, 1986.

P. FRASCANI, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, Il Mulino, 1986.

P. PRETO, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Roma-Bari, Laterza, 1987.

G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918*, Roma-Bari, Laterza, 1987, con particolare riferimento alle premesse metodologiche illustrate nell'introduzione e alla bibliografia.

ID., *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo, dalla "spagnola" alla II guerra mondiale*, Roma-Bari, Laterza, 1989.

N.E. VANZAN MARCHINI, *Surveys of Developments in the Social History of Medicine: II. Italian Scholars and the Social History of Medicine, 1960-1990*, in "Social History of Medicine", Vol. 4, 1 (1991), pp. 103-115.

ID., *La valorizzazione e la conservazione delle fonti per la storia della sanità*, in "Sanità Scienza e Storia", 1-2 (1992), pp. 485-495.

Dalla scienza medica alla pratica dei corpi. Fonti e manoscritti marciani per la storia della sanità, a c. di N.E. VANZAN MARCHINI, Vicenza, Pozza, 1993.

Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia, a cura di E. MARTELLOTTI, Trento, Stampalith, 1993.

N.E. VANZAN MARCHINI, *I mali e i rimedi della Serenissima*, Vicenza, Pozza 1995.

Le leggi di sanità della Repubblica di Venezia, a cura di N.E. VANZAN MARCHINI, vol. I, Vicenza, Pozza, 1995.

Sulla storia e gli archivi degli ospedali e delle strutture assistenziali collaterali:

La Ca'Granda. Cinque secoli di storia e d'arte dell'ospedale Maggiore di Milano, Milano, Electa, 1981.

Gli archivi storici degli Ospedali Lombardi. Censimento descrittivo, in "Quaderni di documentazione regionale", nuova serie, Milano 1982.

Il complesso di S. Francesco Grande in Padova. Storia e Arte, a cura dell'Associazione Culturale Francescana di Padova, Padova, Signum, 1983.

E. Bressan, *Povertà e assistenza in Lombardia nell'età napoleonica*, Roma-Bari, Laterza, 1985.

Comune di Venezia, *La Memoria della salute. Venezia e il suo ospedale dal XVI al XX secolo*, a cura di N.E. Vanzan Marchini, Venezia, Arsenale, 1985.

D. Gallavotti Cavallero, *Lo Spedale di Santa Maria della Scala in Siena vicenda di una committenza artistica*, Pisa, Pacini, 1985.

Regione Piemonte, *Il catasto della beneficienza, Ipab e ospedali in Piemonte 1861-1985*, a cura di U. Levra, Torino, s.e., s.d.

Comune di Pisa, *Strutture sanitarie a Pisa. Contributi alla storia di una città sec. XIII-XIX*, Pisa, Composit, 1986.

N.E. Vanzan Marchini, *L'Ospedal dei veneziani. Storia-patrimonio-progetto*, Venezia, Commerciale, 1986.

IRE, *L'archivio IRE. Inventari dei fondi antichi degli ospedali e luoghi pii di Venezia*, a cura di G. Ellero, Venezia Armena, 1987.

N.E. Vanzan Marchini, *Le patrimoine de l'Hopital Civil de Venise*, in "Actes du 3eme colloque des conservateurs des musées d'histoire des sciences médicales", Lyon 1988, pp. 115-121.

B. Aikema, D. Meijers, *Nel regno dei poveri. Arte e storia dei grandi ospedali veneziani in età moderna*, Verona, Bortolazzi Stei, 1989.

F. Brasoli, L. Ciuccetti, *Santa Maria Nuova. Il tesoro dell'arte nell'antico Ospedale Fiorentino*, Firenze, Beccocci, 1989.

Sanità e società. Veneto, Lombardia, Piemonte, Liguria. Secoli XVII-XX, a cura di F. Della Peruta, Udine, Casamassima, 1989.

G.A. Cisotto, *L'Ospedale Civile "San Lorenzo" di Valdagno tra Ottocento e Novecento*, Valdagno, Pavan, 1990.

Luoghi incerti. Gli ospedali nel Bresciano e il caso Castrezzato (1767-1920), a cura di S. Onger, Brescia, Grafo, 1990.

Santa Maria Nuova in Firenze memorie testimonianze prospettive, Firenze, Il Fiorino, 1990.

Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Archivio Storico del Comune di Firenze, *L'Archivio dell'Ospedale di San Giovanni di Dio di Firenze (1604-1890). Inventario*, a cura di L. Sandri, Milano, Fatebenefratelli, 1991.

A. Tonelli, *Per carità ricevuta. Povertà e assistenza in Romagna fra '800 e '900*, Milano, Angeli, 1991.

L'assistenza pubblica nella Siena di fine Ottocento, a cura di F. VANNOZZI, Milano, Electa, 1991.

Strumenti ritrovati. Materiali della ricerca scientifica in Piemonte tra Settecento e Ottocento, Torino, Arti Grafiche, 1991.

Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento, a cura di M.L. BETRI e E. BRESSAN, Milano, Angeli, 1992.

N.E. VANZAN MARCHINI, *Per una storia sanitaria del Veneto*, in "Notiziario Bibliografico periodico della Giunta regionale del Veneto", 13 (1993), pp. 30-32.

Ibid., *Il pericolo della disgregazione dei patrimoni ospadalieri del Veneto e il progetto culturale per scongiurarlo*, *Ibid.*, 15 (1993), pp. 33 sg.

Inventario del patrimonio dell'Unità Sanitaria Locale 30-area senese. Gli strumenti scientifici, a cura di G. TERENNA, F. VANNOZZI, Siena, Cantagalli, 1994.

G. COSMACINI, C. CENEDELLA, *I vecchi e la cura. Storia del Pio Albergo Trivulzio*, Roma-Bari, Laterza, 1994.

E. BRESSAN, G. COSMACINI, *Lo Spedale della Annunziata*, a cura di F. CHIAPPA, Milano, s.e., 1994.

L'Arcispedale S. Maria Nuova: dipinti, volumi e documenti per i sei secoli della sua storia, *Catalogo della mostra*, Reggio Emilia, Tecnograf, 1995.

Beni culturali in ambiente medico chirurgico. Censimento presso gli ospedali Piemontesi, a cura di F. ZINA VIGNOTTO, M. GALLONI, supplemento a "Giornale della Accademia di Medicina di Torino", a. CLVIII (1995).

E. MARELLI, *Un santo, un re, una città. Storia dell'Ospedale di Monza*, Bari, Laterza, 1996.

L'Ospedale e la città, Cinquecento anni d'arte a Verona, a cura di A. PASTORE, G.M. VARANINI, P. MARINI, G. MARINI, Verona, Cierre, 1996.

Sulla gestione degli archivi ospedalieri:

E. FORTUNA, *Riflessioni giuridiche sulla gestione in service degli archivi ospedalieri*, in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa, Atti del convegno, Venezia 29-30 ottobre 1992*, a cura di G. BONFIGLIO DOSIO, Padova, Elle, 1993, pp. 165-171.

V. CESAREO GRILLO, *Cenni sulla normativa e sul procedimento per l'utilizzo della microfilmatura sostitutiva. Ibid.*, pp. 159-163.

C. DARIO, *Documentazione ospedaliera sanitaria*, in *Archivi ospedalieri tra passato e presente, Atti della tavola rotonda, 7 dicembre 1993*, Ospedale di S. Maria dei Battuti, Ca' Foncello, Treviso (dattiloscritto) pp. 7-9.

GIOVANNI PESIRI

Aspetti della vigilanza sugli archivi sanitari

Il d.p.r. 1409 del 30 settembre 1963 ha sancito il carattere di inalienabilità della documentazione prodotta ed acquisita dagli enti pubblici non territoriali. Pertanto la vigilanza delle Soprintendenze archivistiche si è rivolta anche alla tutela e alla salvaguardia degli archivi degli ospedali e degli enti assistenziali di diritto pubblico, obbligati per legge a conservare e ordinare le proprie carte, a istituire le sezioni separate d'archivio — i cosiddetti archivi storici — e, infine, a garantire la consultazione dei documenti per fini di ricerca.

Per il raggiungimento di questi obiettivi l'Amministrazione archivistica ha operato e opera fondamentalmente su due fronti:

1. tutela e salvaguardia della documentazione storica;
2. interventi per l'archivio corrente e di deposito.

Prima di entrare in argomento, è necessario premettere che l'azione delle Soprintendenze nel campo degli archivi sanitari ha dovuto confrontarsi con le dinamiche attivate dalla produzione normativa, che a partre dagli anni Sessanta ha investito a più riprese questo settore, mutando radicalmente la fisionomia dell'assistenza sanitaria.

La legge n. 132 del 12 febbraio 1968 inaugurò il processo di riforma e trasformò la grande maggioranza degli ospedali, prima legati ai Comuni e alle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, in enti ospedalieri dotati di personalità giuridica pubblica, posti sotto l'alta sorveglianza del Ministero della sanità e sotto la vigilanza e tutela delle Regioni[1].

[1] L'art. 1 della legge prevedeva eccezione per gli ospedali psichiatrici, le cliniche universitarie, gli istituti scientifico-ospedalieri, le case di cura private, le associazioni e fondazioni disciplinate

Una situazione del tutto nuova si verificò con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978, che diede vita al «Servizio sanitario nazionale», imperniato sulla «Unità sanitaria locale» in quanto «*struttura operativa dei co,uni, singoli o associati, e delle comunità montane*» (art. 15, comma 1) istituita di norma in ambiti territoriali con popolazione tra i 50.000 e i 200.000 abitanti (art. 14). In seguito alla stessa legge gli stabilimenti ospedalieri già interessati dalla riforma del 1968 si configurarono come «*strutture delle unità sanitarie*»[2], perdendo la personalità giuridica per divenire «uffici tecnici» delle usl. Inoltre, era prevista l'entrata in funzione (art. 34) di servizi ospedalieri (all'interno degli ospedali generali) ed extraospedalieri per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione relative alla salute mentale, evidentemente in sostituzione degli ospedali psichiatrici provinciali.

Oggi dopo il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, il Servizio sanitario nazionale si fonda su due soggetti pubblici: l'unità sanitaria locale, definita come «*azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*»[3], e l'azienda ospedaliera con «*personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*»[4]; pertanto, alcuni ospedali continuano ad essere strutture operative delle usl, altri hanno acquistato propria personalità giuridica, spesso in seguito a un processo di aggregazione di due o più stabilimenti ospedalieri preesistenti. Quest'ultima disposizione ha avuto due effetti rilevanti ai fini dell'esercizio della vigilanza: l'esplicito riconoscimento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere quali enti con personalità giuridica pubblica e una sensibile diminuzione di tali enti, poiché le nuove aziende usl insistono di norma su ambiti

dagli artt. 12 r sgg. del Codice civile. Per un quadro della normativa anteriore in materia di ospedali si veda, ad esempio, P. Carucci, *Gli archivi ospedalieri: normativa, censimento, conservazione*, in *Studi in memoria di Giovanni Cassandro*, I, Roma, Ministero per i beni culturali e ambientali, Ufficio centrale per i beni archivistici, 1991, pp. 109-137, in «PAS, Saggi, 18».

[2] Art. 17. La legge del '78 contempla anche l'esistenza di presidi e servizi sanitari ospedalieri multizonali, rivolti a territori ricadenti in più unità sanitarie locali e gestiti da quella in cui essi hanno sede (art. 18). L'art. 34 prevede servizi ospedalieri (all'interno degli ospedali generali) ed extraospedalieri per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione relative alla salute mentale.

[3] Art. 3, comma 1. Si tratta in realtà della dizione dell'art. 3 del d. lg. n. 517 del 7.12.1993.

[4] Art. 4, comma 1, come sostituito dall'art. 5 del già citato d. lg. n. 517/93.

territoriali coincidenti con quelli delle province (fatta eccezione per le aree metropolitane o per particolari condizioni delle aree montane), in cui prima operava una pluralità di unità sanitarie.

1. *Tutela e salvaguardia della documentazione storica*

Il continuo succedersi di interventi normativi non poteva non avere conseguenze sull'azione di tutela della documentazione degli ospedali, oggetto di costante attenzione da parte delle Soprintendenze archivistiche, compatibilmente con i limitati mezzi di cui esse dispongono in alcune aree geografiche. Soprattutto nelle fasi iniziali di attuazione della riforma del 1978, i funzionari delle Soprintendenze si sono scontrati con la difficoltà di individuare stabili interlocutori abilitati a trattare e a risolvere le problematiche della gestione degli archivi, con le conseguenti discrasie nel controllo dei ricchi patrimoni documentari dei presidi ospedalieri divenuti meri «uffici tecnici», privi di autonomia decisionale, di un'organizzazione complessa e ancora *in fieri* come era quella delle unità sanitarie locali[5].

Per tutelare queste insostituibili fonti storiche, negli ultimi decenni le Soprintendenze archivistiche hanno intensificato l'opera di vigilanza, che ha riguardato circa mille ospedali, effettuando sopralluoghi, elaborando elenchi di consistenza e inventari, recuperando carte talvolta dimenticate dallo stesso personale della struttura.

Uno degli strumenti, cui frequentemente l'Amministrazione archivistica ha fatto ricorso per salvare i documenti dalla dispersione e dal degrado, è stato quello del deposito presso gli Archivi di Stato (ex art. 34 del d.p.r. 1409/63): tra il 1977 e il 1996 risultato portati a termine cinquantatré procedimenti di deposito di archivi ospedalieri, che hanno determinato l'afflusso negli istituti, soprattutto del centro-nord, di una

[5] Per un esame dei problemi generali connessi alla vigilanza sugli archivi delle unità sanitarie locali nel periodo successivo alla legge 833/78, in parte dovute alle incertezze sulla stessa natura giuridica delle usl, cfr. A.L. Bonella, *Gli archivi delle Unità sanitarie locali: problemi aperti e indicazioni operative*, in «Rassegna degli Archivi di Stato», XLVI (1986), pp. 400-411. Le difficoltà di funzionamento del modello organizzativo usl proposto dalla legge del 1978 vengono illustrate nel contributo di P. Bozzani, *Le recenti trasformazioni istituzionali degli enti sanitari e la vigilanza archivistica: il caso della Puglia*, pubblicato in questo stesso volume.

massa di documentazione stimabile intorno alle 37.000 unità cartacee (volumi, registri, filze e buste dei secoli XIII-XX) e alle 3.700 pergamene (secc. XI-XVII), oltre a numerosi disegni e piante (secc. XV-XX). Altro materiale è pervenuto per il versamento degli archivi di enti estinti (ex art. 32 del d.p.r. 1409/63): sono circa 7.000 unità cartacee dei secoli XIV-XX e circa 1.500 pergamene (secc. XIII-XVII). Il materiale depositato talvolta completa quello già pervenuto negli Archivi di Stato per precedenti depositi, ma nella maggior parte dei casi si tratta di nuove accessioni. In tal modo è stato possibile recuperare anche archivi di istituti psichiatrici, tema di viva attualità, data l'ormai imminente chiusura di ventuno di essi e tra breve dei restanti sessantuno: si sono così acquisiti gli atti degli ospedali psichiatrici di Ferrara, Pesaro, Cremona e, nel corrente anno, di quello di Lucca.

Dalle cifre qui esposte è lecito dedurre che circa un terzo della documentazione cartacea di istituzioni ospedaliere, oggi presente negli Archivi di Stato, vi è stata depositata o versata nel periodo successivo alla già citata legge del 1978, un dato sintomatico della generale situazione di rischio per i beni culturali provocata dalla ristrutturazione nel settore sanitario: si tratta di un fenomeno ben noto soprattutto agli archivisti, abituati a constatare come ai mutamenti istituzionali (soppressione, cambiamento di natura giuridica, ecc.) si accompagni un calo di attenzione per gli archivi degli enti interessati.

Ma la soluzione dell'affidamento agli Archivi di Stato, come è stato più volte rilevato, non può essere realisticamente considerata l'unica in grado di salvaguardare la documentazione storica esposta a rischio, sia per la sempre più limitata capacità ricettiva degli istituti archivistici statali, sia perché in tal modo non si risolvono i nodi fondamentali della corretta gestione di patrimoni documentari in continuo ed esponenziale accrescimento, che gli enti pubblici sono tenuti per legge a ben conservare.

Considerata la complessità del fenomeno, l'Amministrazione archivistica si è mossa in varie direzioni, non ultima quella di approntare strumenti conoscitivi utili per programmare organicamente gli interventi di salvaguardia. Molte Soprintendenze (Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Toscana, Piemonte, Umbria), anche in collaborazione con le Regioni, hanno attuato indagini sistematiche per avere un quadro complessivo dello stato dei fondi archivistici degli ospedali (e di altre IPAB ad

essi collegate); di alcune iniziative si è dato conto in pubblicazioni, edite per lo più dalle rispettive amministrazioni regionali[6]. Tra i progetti di prossima attuazione è da citare il censimento dei beni culturali conservati «nei luoghi della sanità» toscani, curato dal Centro universitario per la tutela e la valorizzazione dell'antico patrimonio scientifico senese (Università di Siena), con il patrocinio della Regione Toscana e il finanziamento del CNR[7]. In tale ambito si inquadra anche l'intensa opera svolta nell'ultimo decennio dalle Soprintendenze per la Toscana e la Puglia, che hanno elaborato dettagliate schede di censimento di ventisei archivi di ospedali toscani e di venti pugliesi.

Alle indagini ricognitive hanno fatto, talvolta, seguito iniziative di riordinamento e inventariazione di fondi storici ospedalieri, coordinate dalle Soprintendenze stesse: nel 1995 ne risultavano in corso trentuno, di cui otto in Puglia, tre in Sardegna, una in Molise e una in Campania: per quest'ultima area vanno citati gli interventi relativi agli ospedali napoletani dei Pellegrini (concluso) e dell'Annunziata (in corso), nonché alle carte (sec. XV-1948) dell'ospedale di S. Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni, di cui sarà pubblicato l'inventario. In Piemonte la Regione finanzia da anni il riordinamento degli archivi storici di enti pubblici: i lavori vengono svolti sotto la direzione tecnica della Soprintendenza ed interessano anche alcuni ospedali.

Altro esempio di buon rapporto instaurato con la Soprintendenza archivistica è quello dell'azienda ospedaliera pisana, che da qualche anno

---

[6] Cfr. Regione Lombardia, Settore cultura e informazione, *Gli archivi storici degli ospedali lombardi. Censimento descrittivo*, Milano, Regione Lombardia, Giunta regionale - Settore cultura e informazione, 1982, in «Quaderni di documentazione regionale», nuova serie, 10; Regione Piemonte, *Il catasto della beneficenza. Ipab e ospedali in Piemonte, 1861-1985*, a cura di U. Levra, voll. 15, Torino, Regione Piemonte, 1985; Soprintendenza archivistica per l'Umbria, *Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza dell'Umbria. profili storici e censimento degli archivi*, a cura di M. Squadroni, Roma, Ministero per i beni culturali e ambientali, Ufficio centrale per i beni archivistici, 1990, «PAS, Strumenti, 108». I risultati di un'indagine promossa dall'Istituto per i beni culturali della Regione Emilia Romagna sono stati pubblicati nel volume *Primi elementi di conoscenza dei patrimoni delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza dell'Emilia-Romagna (1977-1980)*, Bologna 1980; *Beni culturali in ambiente medico chirurgico. Censimento presso gli ospedali piemontesi*, a cura di M. Galloni e F. Zina Vignotto, numero speciale del «Giornale dell'Accademia di medicina di Torino», CLVII (1995); cfr., in questo volume D. CAFFARATTO, *Gestione e tutela degli archivi sanitari piemontesi.*

[7] Per ulteriori informazioni sull'argomento rinvio al contributo di F. VANNOZZI, *L'ex ospedale psichiatrico «S. Niccolò» di Siena: la schedatura informatica delle cartelle cliniche (XIX-XX secolo)* pubblicato in *Atti di questo Convegno.*

ha istituito un proprio Centro di documentazione e sta procedendo alla concentrazione e al riordinamento degli atti (secc. XIX-XX) dei cessati ospedali riuniti pisani, il cui fondo antico è depositato in Archivio di Stato[8].

Si è già accennato agli archivi degli ex ospedali psichiatrici e all'attualità dei problemi inerenti alla loro salvaguardia, dal momento che la legge n. 180 del 13 maggio 1978 (art. 6) ha segnato la fine dei manicomi, demandando la cura delle malattie mentali a servizi psichiatrici extra ospedalieri o a strutture specifiche istituite presso ospedali pubblici e privati, e la n. 724/94 (art. 3, comma 5) ha fissato al 31 dicembre 1996 la chiusura degli ultimi ospedali psichiatrici.

La maggior parte degli archivi manicomiali si trova tuttora presso gli enti titolari (amministrazioni provinciali, aziende sanitarie locali) e non sempre in condizioni di ordinamento e conservazione soddisfacenti: cito soltanto un'indagine sugli archivi manicomiali emiliani commissionata nel 1984 dall'Istituto beni culturali della Regione Emilia Romagna, che ha evidenziato le situazioni di grave degrado delle carte (secc. XIX-XX) degli ex ospedali psichiatrici «Lolli» e «Osservanza» di Imola e di quello di Ferrara, depositate in scantinati e magazzini assolutamente inidonei. Dalle prime informazioni acquisite dalla Divisione vigilanza risulta, peraltro, che anche in questo settore non mancano iniziative, come quella realizzata dalla Soprintendenza archivistica per il Lazio e dal Centro studi e ricerche S. Maria della Pietà (operante all'interno della usl), che hanno collaborato al recupero del patrimonio storico e scientifico dell'ex ospedale psichiatrico di Roma. Il personale della Soprintendenza ha, infatti, curato l'inventariazione di gran parte dell'archivio storico (sec. XVI-1935, con oltre 70.000 cartelle cliniche dal 1851)[9], nel quadro di un piano per la valorizzazione della biblioteca Cencelli e l'utilizzo della strumenteria storica, delle suppellettili sanitarie e della struttura architettonica come elementi costitutivi del «Museo della mente» ideato dal Centro studi. Un progetto affine, il «Museo dell'Uomo», promosso dalla Regione Piemonte, Università di Torino,

[8] Analoghi centri di documentazione si stanno formando presso le aziende USL di Arezzo e di Firenze.

[9] *Fonti per la storia della follia: Santa Maria della Pietà e il suo archivio storico, secc. XVI-XX*, a cura di A.L. Bonella, in Provincia di Roma, Assessorato alla pubblica istruzione e alla cultura, *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, Roma, Dedalo, 1994.

usl e Comune di Collegno, dovrebbe coinvolgere le strutture monumentali dell'ex manicomio di Collegno e consentire il recupero della documentazione ivi giacente[10].

A Venezia la fondazione di S. Servolo, istituita dalla Provincia, conserva in deposito gli archivi degli ex ospedali psichiatrici di S. Servolo e di S. Clemente, di proprietà provinciale; una équipe di operatori ha effettuato la schedatura dei due fondi e l'inventario delle lastre fotografiche in essi conservate. Si sta ora procedendo alla schedatura informatizzata delle cartelle cliniche.

In Emilia Romagna si è intervenuti a Reggio Emilia, dove l'archivio sanitario dell'ex ospedale psichiatrico di S. Lazzaro, affidato al Centro di storia della psichiatria, è stato inventariato fino al 1945, ivi comprese le oltre 34.000 cartelle cliniche risalenti al 1871[11]. Sulla positiva esperienza in corso a Colorno parlerà la dr.ssa Parente[12], mentre a Bologna la Provincia ha dato vita all'istituzione Minguzzi, che cura l'archivio dell'ex ospedale psichiatrico Roncati, con ca. 18.000 cartelle cliniche (sec. XIX-1900), e la biblioteca.

Nell'area toscana si nota una varietà di situazioni: se proprio di recente ha avuto termine la procedura di deposito della documentazione storica dell'ex ospedale psichiatrico di Lucca presso l'Archivio di Stato, per il recupero del patrimonio storico, scientifico e artistico di S. Niccolò di Siena è in atto un progetto complessivo, che vede coinvolti il già ricordato Centro universitario, l'azienda usl 7, la Soprintendenza archivistica e la Regione Toscana[13] e si propone, tra gli altri obiettivi, la schedatura delle cartelle cliniche «storiche» (ca. 26.000).

L'impegno della Soprintendenza archivistica per la Campania si è orientato prioritariamente verso le carte (1.500 registri e ca. 65.000 cartelle cliniche) del «Leonardo Bianchi», di cui si è già parlato[14], ed è auspicabile che abbiano seguito i contatti in corso per ex ospedali psichiatrici di Aversa e Nocera Inferiore.

---

[10] Ne ha parlato in questo convegno D. CAFFARATTO, articolo citato.

[11] All'archivio, che comprende anche album di fotografie dei ricoverati, è annessa una raccolta di oltre cinquecento pezzi, tra dipinti e altri manufatti prodotti dai pazienti tra il 1890 e il 1990.

[12] Si veda in questo volume M. PARENTE, *L'archivio dell'Ospedale psichiatrico di Colorno (PR): problemi di ordinamento ed inventariazione (secc. XIX-XX)*.

[13] Si veda, al riguardo, F. Vannozzi, articolo citato.

[14] Cfr. G. VILLONE - L. MUSCI - E. LUPO - F. ROSSANO - D. TRAMONTANO, *Chiude il manicomio, apre l'archivio*, in questo volume.

Questa sommaria carrellata credo possa dare almeno un'idea dello sforzo compiuto negli ultimi anni per conseguire gli obiettivi di tutela degli archivi storici ospedalieri: la varietà delle situazioni e l'esistenza di casi che ancora richiedono urgenti misure di salvaguardia rendono necessario intensificare l'impegno per evitare la dispersione di un complesso di fonti il cui valore è già stato sottolineato in diverse sedi. Di particolare interesse ai fini operativi è la casistica, già abbastanza consistente, di rapporti sinergici per cui Soprintendenze archivistiche, enti proprietari, Regioni e istituzioni culturali hanno elaborato, e in parte attuato, progetti di recupero estesi al complesso dei patrimoni ospedalieri. Si tratta di una linea d'azione che in futuro potrebbe dare i risultati migliori, portando alla creazione di poli di conservazione, ricerca e informazione sanitaria basati sulla valorizzazione di una pluralità di beni culturali (archivi, biblioteche, quadrerie, strumentari, suppellettili sanitarie, strutture architettoniche) e collegabili, mediante l'uso delle tecnologie informatiche, in un sistema informativo nazionale. Lo smembramento dei patrimoni ospedalieri, fenomeno di cui purtroppo esistono già esempi non sporadici, rischia di decontestualizzare beni culturali che, inseriti in collezioni museali o bibliotecarie avulse dai luoghi di origine, perdono molto della loro valenza quali testimoni di una peculiare e ben localizzata cultura scientifica, quando non vengono addirittura dispersi. Concordo, perciò, su molti aspetti della relazione della presidente del CISO Veneto, che di concerto con la Soprintendenza sta da anni operando per una coerente politica di tutela dell'archivio, della biblioteca, dello strumentaio e degli altri beni artistici e storici dell'ospedale civile di Venezia[15].

Si tratta di esperimenti positivi e degni di attenzione, anche se ancora isolati, partendo dai quali sarebbe opportuno riprendere il discorso dopo questo convegno, individuando a livello regionale momenti di incontro con enti e istituzioni per stabilire concrete intese e giungere alla redazione di progetti finalizzati al censimento, riordinamento e alla fruibilità della documentazione prodotta dalle strutture ospedaliere, soprattutto di quella clinica.

---

[15] Cfr. N.E. Vanzan Marchini, *L'eterogeneità dei patrimoni ospedalieri: problemi della conservazione e della valorizzazione.* Per le problematiche relative al riordinamento dell'archivio dell'ospedale civile di Venezia, cfr. Id., *L'ospedal dei veneziani. Storia - patrimonio - progetto*, Venezia 1986. La vicenda «paradossale» del patrimonio storico e artistico dell'ospedale «S. Giovanni Battista e della città di Torino», ci è stata illustrata da D. Caffaratto, articolo citato.

2. *Interventi per l'archivio corrente e di deposito*

Alle «tradizionali» forme di tutela degli archivi storici l'Amministrazione archivistica ha affiancato una serie di interventi rivolti verso gli archivi correnti e di deposito, dalla cui corretta impostazione dipende la sopravvivenza stessa degli archivi.

Il nodo problematico che ha avuto priorità nell'azione di vigilanza sugli archivi sanitari è stato senz'altro quello dello scarto, o meglio, della selezione dei documenti da conservare ai fini della ricerca storica: la legge archivistica (art. 30 d.p.r. 1409/63) ha infatti conferito alle Soprintendenze piena competenza in materia di autorizzazione allo scarto dei documenti degli enti pubblici, per quanto sia stata spesso auspicata una più esaustiva disciplina regolamentare delle procedure. Si tratta di uno dei punti fondamentali su cui incidere, anche nel settore della sanità, che in Italia produce quantitativi non indifferenti di carte[16].

Le Soprintendenze archivistiche sono spesso intervenute per disciplinare le procedure di scarto, cercando di contenere il fenomeno delle sommarie eliminazioni di documenti e prestando agli operatori delle usl la necessaria consulenza. In particolare, sono state affrontate le delicate questioni inerenti alla salvaguardia delle tipologiche documentarie di carattere sanitario, sia ai fini della certezza del diritto dei pazienti, sia ai fini della ricerca storica e scientifica.

Merita, al riguardo, delineare sinteticamente il processo attraverso il quale si è giunti ad enunciare il principio della conservazione illimitata delle cartelle cliniche.

In un primo tempo (1963) l'Ufficio studi e legislazione del Ministero della sanità, rispondendo a un quesito posto dalla FIARO (Federazione italiana associazioni regionali ospedaliere) espresse il parere che gli ospedali potessero conservare le cartelle cliniche per un periodo non inferiore ai dieci anni: il termine era desunto «dal complesso di norme in materia di prescrizione». Di tale parere non venne tempestivamente informata l'allora Direzione generale degli Archivi di Stato, ma furono alcuni ospedali a manifestare alle Soprintendenze l'insufficienza di tale

[16] Secondo un'indagine effettuata tra il 1990 e il 1991 il quantitativo di documentazione prodotta dalle usl si aggira intorno ai due mc per addetto: cfr. B. Uttini, *Stato e prospettive degli archivi in Italia*, in *L'archivio nell'organizzazione dell'impresa. Atti del convegno. Venezia-Mestre, 29-30 ottobre 1992*, a cura di G. Bonfiglio Dosio, Venezia, Italarchivi, 1993, pp. 17-28.

periodo di conservazione, considerato che essi erano chiamati a esaudire le richieste di copie di cartelle cliniche relative anche al 1911 (guerra libica) e agli anni della prima guerra mondiale, ai fini del riconoscimento della qualifica di orfano di guerra a figli e nipoti di ricoverati nella prima metà del secolo.

La Direzione generale degli Archivi di Stato prese allora contatto diretto con il Ministero della sanità sollecitando una direttiva che prevedesse la conservazione delle cartelle cliniche «almeno per un settantennio». Nel 1968 il Ministero della sanità, Direzione generale ospedali, emanò una circolare esprimendo l'avviso che nell'interesse dell'Amministrazione e dei ricoverati «tale importante documentazione sia conservata per un periodo di tempo più lungo possibile e comunque non inferiore ai venticinque anni».

Queste indicazioni furono giudicate comunque insufficienti, soprattutto perché non veniva affermato il valore delle cartelle cliniche come fonte per la ricerca storica e quindi da conservare per un periodo illimitato, come rilevato da più parti. A seguito di contatti tra l'Ufficio centrale per i beni archivistici (costituito nel 1975, con la creazione del Ministero per i beni culturali) e il Ministero della sanità il problema fu esaminato, discusso nel 1985 e nel 1986 dal Consiglio superiore di sanità (sezione III), alle cui sedute partecipò anche un rappresentante dell'Amministrazione archivistica. Il parere del Consiglio superiore di sanità fu recepito con circolare del Ministero della sanità, Direzione generale ospedali, del 19 dicembre 1986, prot. 900.2/AG. 464/260, in cui si stabilì per le cartelle cliniche, e per i relativi referti, degli ospedali pubblici e privati la conservazione a tempo illimitato «*poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario*». Inoltre, la circolare ritenne sufficiente per le radiografie una conservazione ventennale e per la restante documentazione diagnostica non inclusa nelle cartelle cliniche (ad esempio, esami di laboratorio, tracciati elettroencefalografici ed elettrocardiografici). Per queste ultime tipologie documentarie il Ministero della Sanità, facendo proprie le valutazioni del Consiglio superiore di sanità, ha proposto recentemente (nota della Direzione generale ospedali, Div. II, n. 900.2/2.7/34, del 26 gennaio 1995) la riduzione a dieci anni del periodo di conservazione,

mentre per i referti si ritiene opportuna la conservazione «illimitata su supporto ottico».

Quello della idonea tutela delle cartelle cliniche, a fini amministrativi e di ricerca, continua ad essere uno dei problemi più acutamente avvertiti quando si affronta il tema degli archivi correnti e di deposito delle strutture sanitarie, come dimostrano gli interventi previsti in questo incontro[17], trattandosi, come è noto, di una delle tipologie documentarie la cui continua e notevolissima produzione crea problemi organizzativi alle strutture di ricovero e cura.

La necessità, peraltro, di porre le basi per risolvere organicamente il cruciale nodo della selezione dei documenti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ha indotto le Soprintendenze a predisporre strumenti di selezione dei documenti, i cosiddetti massimari di scarto, come è avvenuto ad esempio in Piemonte, Emilia Romagna e Toscana, e come sta avvenendo nel Lazio e nella Puglia. La Soprintendenza per la Toscana proprio nell'anno corrente ha diffuso un «Massimario di scarto per gli archivi degli enti sanitari», che individua i tempi di conservazione della documentazione amministrativa e sanitaria conservata presso le aziende usl e le aziende ospedaliere nate in seguito all'ultima riforma: l'elaborato, la cui validità è per il momento limitata alla sola regione Toscana, può costituire una utile base per la redazione di una direttiva sulla scarto valida su tutto il territorio nazionale, venendo incontro alle sempre più presenti richieste che vengono dagli operatori del settore.

All'interno di una visione, che non può non essere complessiva, dei problemi organizzativi degli archivi correnti sanitari va inquadrato lo sforzo di molte Soprintendenze teso ad introdurre nelle strutture del Servizio sanitario nazionale l'uso del titolario di classificazione. In questa direzione, dall'inizio degli anni '80, si sono mossi gli archivisti di Piemonte, Lombardia[18], Toscana, Abruzzo, Sardegna; ma le proposte delle Soprintendenze sembrano essere state solo in parte recepite dagli

[17] Si vedano in questo volume i contributi di A.L. Bonella e P. Bozzani.

[18] Per l'esperienza lombarda rinvio, in questo volume, alla relazione di A. Bazzi, *L'azione della Soprintendenza archivistica per la Lombardia per gli archivi sanitari.* Si vedano anche per gli interventi su archivi ospedalieri, i contributi di E. Majno, *L'archivio clinico e scientifico dell'istituto nazionale per la cura e lo studio dei tumori di Milano*, M.S. Cortellazzi, *La costituzione di un modello di archivio ospedaliero: l'archivio corrente dell'Ospedale maggiore di Milano*, P. Grazioli, *Protocollo generale dell'Ospedale San Carlo di Milano* e C. Minoia, *Gli archivi amministrativi delle USSL*, pubblicati in Regione Lombardia, Settore cultura e trasparenza, Servizio biblioteche

enti, anche perché in alcuni casi i provvedimenti di ristrutturazione delle usl nel 1992 hanno interrotto il rapporto di collaborazione pazientemente creato dagli organi di vigilanza archivistica.

Come si vede, anche sul fronte della documentazione corrente le questioni aperte sono numerose. Dei circa milletrecento ospedali italiani, pochi hanno un archivio centralizzato per le cartelle cliniche e si è ancora lontani dall'adozione di un modello uniforme di cartella[19], a ciò possiamo aggiungere che ben poche strutture ospedaliere hanno elaborato regolamenti per la gestione dei servizi di protocollo e archivio, anche se misure del genere rivestono valore strategico per il sistema informativo di enti, come le aziende usl e le aziende ospedaliere, che devono obbedire a criteri organizzativi imprenditoriali e raggiungere livelli ottimali di efficienza nella prestazione dei servizi.

È sperabile che i manager cui ora è affidata la direzione delle nuove aziende sanitarie dimostrino un atteggiamento di apertura verso le problematiche degli archivi in formazione, il cui corretto e razionale governo è indispensabile a un'organizzazione aziendale complessa e articolata sul territorio, la quale è tenuta, tra l'altro, ad assolvere agli obblighi imposti dalla legge 241 del 7.8.1990 sul diritto di accesso ai documenti delle pubbliche amministrazioni. Una presa di coscienza dei danni, in termini di dispendio economico e di efficienza, provocati da una carente impostazione dell'archivio corrente, è il presupposto indispensabile perché, anche nel settore della sanità, il problema archivi non sia relegato in posizione di marginalità e bisogna dare atto alle Soprintendenze archivistiche dell'impegno non indifferente che in questi anni ha creato i presupposti per una tangibile inversione di tendenza[20].

---

e beni librari e documentari, *L'archivio in formazione. Atti del seminario svoltosi a Milano il 21 giugno 1994*, Milano, Regione Lombardia, 1996, rispettivamente pp. 51-57, 58-68, 69-74, 75-91.

[19] Cfr. A. GATTAI, *La gestione della documentazione sanitaria ospedaliera: situazione attuale e prospettive. Il problema della formazione professionale*, in *L'archivio nell'organizzazione dell'impresa*... cit., 1993, p. 152 e sgg.

[20] Accanto agli interventi veri e propri di tutela, le Soprintendenze si stanno impegnando anche sul versante della formazione, organizzando o cooperando all'organizzazione di corsi per il personale di ospedali e usl. Si tratta di un tipo di attività destinato ad avere spazio sempre maggiore, come risulta dalle iniziative programmate per i prossimi anni, ad esempio in Toscana e in Puglia.

VINCENZA CESAREO GRILLO

I regolamenti sulla riproduzione sostitutiva degli archivi sanitari

Il '68 ha lasciato il segno anche nel settore degli archivi. La legge n. 15 del 4 gennaio di quell'anno sulla documentazione amministrativa e sulla legalizzazione e autenticazione di firme introduceva, all'art. 25 — per la prima volta nel nostro ordinamento — la facoltà, sia per i soggetti pubblici sia per i privati, di conservare su supporto fotografico i documenti cartacei. La rivoluzionaria disposizione sessantottina assume particolare rilevanza per quei complessi documentari nei confronti dei quali sussiste l'obbligo della conservazione a tempo illimitato (o comunque molto lungo), come accade per gli archivi delle cartelle cliniche.

L'immagine che mi piace pensare avesse in mente l'avveduto legislatore di quasi trent'anni fa nello stilare l'articolo è quella di un apparecchio lettore stampatore posto in un'accogliente saletta foderata da raccoglitori di bobine contenenti l'intero archivio di una struttura. Un archivio cioè ordinatamente conservato ed immediatamente consultabile e riproducibile su carta per tutti i possibili usi ed al servizio di tutti i possibili utenti. A quest'ultimo proposito, ricordo le tante valenze di un archivio sanitario, da quella clinica di immediata utilità a quella storica ai fini della ricerca.

Con la microfilmatura sostitutiva, si raggiungono almeno tre rilevanti vantaggi:

— la conservazione integrale e ordinata delle cartelle (l'immagine impressa sull'unità fotografica blocca nel tempo la presenza e la sequenza corretta dei documenti, escludendo le dispersioni e i 'fuori posto' collegati all'uso);

— la riduzione drastica del volume degli archivi e quindi degli spazi

ad essi destinati (la distruzione degli originali cartacei è la conseguenza pratica più evidente dal punto di vista fisico);

— il servizio agli utenti (pazienti, ricercatori, autorità) efficiente ed in tempo reale, connesso alle diverse possibili esigenze di consultazione anche remota o multipla (copie di microfilm possono essere conservate in luoghi diversi da quello di produzione).

Quali ostacoli si sono frapposti e continuano ad ostacolare la realizzazione di un progetto così *virtuoso*? La cronica carenza di mezzi finanziari e di risorse umane, ma soprattutto, a mio avviso, la strutturale difficoltà della pubblica amministrazione di procedere per progetti organici soprattutto nei confronti dei propri archivi, troppo spesso ritenuti un ingombro da porre in cantina, piuttosto che un vitale strumento di lavoro. Sono comunque questi problemi gestionali. Il mio tema riguarda l'aspetto giuridico ed a questa chiave di lettura ritorno.

La legge n. 15 del 1968 rimandava ad un regolamento di esecuzione che è stato emanato sei anni dopo con il d.p.c.m. 11 settembre 1974 (appendice 1), ma con un ambito soggettivo 'dimezzato', nel senso che riguardava soltanto le pubbliche amministrazioni, compresi gli enti pubblici economici. Nella disciplina rientravano quindi gli ospedali, le USL, le odierne Aziende Sanitarie Locali, ma rimanevano escluse le strutture quali «ospedali classificati», «presidi» o Case di cura che, pur svolgendo una funzione pubblica, hanno natura privatistica.

C'è da aggiungere che a causa di altri adempimenti di ordine regolamentare — mi riferisco in particolare alla necessità di definire le caratteristiche della pellicola destinata alla fotoriproduzione sostitutiva, cui ha assolto un successivo decreto ministeriale del 29 marzo 1979 — le prime realizzazioni risalgono ai primi anni '80. A tutt'oggi gli archivi delle cartelle cliniche trasferiti dal supporto cartaceo su quello fotografico assommano a poco meno di un centinaio.

Il nodo, che ha rallentato l'emanazione di questo primo regolamento e che ha creato la lamentata lacuna normativa per più di vent'anni nel settore privato, risiede nelle modalità di autenticazione e cioè nell'attestazione del valore legale del supporto sul quale si trasferisce il documento originale e che in pratica costituisce un nuovo originale.

È questa, del resto, una fase essenziale del procedimento. Basta soffermarsi sulla circostanza che — completate le previste operazioni di trasferimento delle immagini — le cartelle cliniche originali vengono

definitivamente distrutte: è pertanto indispensabile garantire che la pellicola sostitutiva abbia validità a tutti gli effetti.

I funzionari delle strutture pubbliche nella loro qualifica di «pubblici ufficiali» hanno titolo a procedere alla autenticazione della pellicola sostitutiva, mentre i titolari degli archivi privati non possono esercitare direttamente tale funzione, demandata ancora nel nostro ordinamento alla figura del notaio. L'esclusivo intervento del notaio, all'epoca previsto in tutte le fasi della procedura, non risultò di fatto praticabile e, nel tentativo di trovare soluzioni alternative, siamo andati avanti, come dicevo prima, «dimezzati».

L'assenza di regolamento per la sostituzione del materiale prodotto e conservato da soggetti privati ha però comportato che documenti, quali appunto le cartelle cliniche, creati con procedure analoghe, per gli stessi scopi pratici e sottoposti alla stessa disciplina giuridica erano sostituibili o meno con il microfilm a seconda del soggetto produttore. La identica natura della documentazione emerge del resto anche dalla circostanza che l'unica indicazione 'ufficiale' degli elementi costitutivi di una cartella clinica si trova nelle disposizioni riguardanti le case di cura private (d.p.c.m. 27 giugno 1986).

Tale situazione, già difficilmente sostenibile sul piano teorico e che di fatto escludeva dai benefici cui ho prima fatto cenno anche le grandi imprese dotate spesso di cospicui archivi correnti, si è venuta aggravando nel tempo con l'estendersi del processo di 'privatizzazione' di funzioni ritenute prima pubbliche.

Alludo per esempio alla trasformazione degli enti creditizi in «società bancarie» (legge n. 218/90). Soggetti che — investendo in termini organizzativi e finanziari — avevano già avviato progetti di microfilmatura si sono improvvisamente trovati a non poter proseguire tale attività nella nuova veste di «privati», non più legittimati ad autenticare la pellicola.

L'amministrazione archivistica, consapevole dell'incongruenza, si è fatta diretto carico del problema predisponendo il testo del secondo regolamento che il presidente del Consiglio ha firmato il 6 dicembre scorso e che è stato trasmesso al ministro Guardasigilli per la pubblicazione nella G.U. (appendice 2).

Come notazione a margine, faccio presente che l'iter burocratico del «concerto» con gli altri ministeri interessati (Finanze, Grazia e Giusti-

zia, Tesoro cui si è aggiunto anche il dipartimento della Funzione pubblica) del parere del Consiglio di Stato e di altre piccole tappe, sulle quali sorvolo, ha comportato più di quattro anni di attesa!

Com'è stato superato, o meglio aggirato, il problema dell'autenticazione? Il primo comma dell'art. 8 dell'emanando decreto recita: «*La pellicola riproducente gli atti e i documenti da sostituire ai sensi e per gli effetti dell'art. 25 della Legge 4 gennaio 1968, n. 15, è autenticata da pubblici ufficiali forniti di potestà certificativa, o da soggetti ad essi equiparati*» ed il secondo comma prosegue: «*Il Presidente del Consiglio dei Ministri indica, con proprio decreto, i Ministri cui demandare il potere di attribuire a propri funzionari la potestà ad effettuare le attività di cui al presente articolo*».

In conformità al principio secondo cui la potestà certificativa è in primo luogo attribuzione propria degli organi dello Stato o delle persone giuridiche pubbliche (la normativa del 1974 aveva espressamente riferito tale potestà ai responsabili delle stesse pubbliche amministrazioni autorizzate a realizzare la microfilmatura sostitutiva), si è previsto il meccanismo per individuare i funzionari che possono procedere alle autenticazioni in questione.

Soggetti primari sono i funzionari delle Soprintendenze archivistiche e degli Archivi di Stato, attese le loro istituzionali competenze e la specifica e collaudata esperienza nella materia.

Considerando che l'adozione diffusa della procedura e la quantità del materiale potrebbero richiedere un impegno nelle operazioni di autenticazione superiore alla disponibilità di tempo e di personale dell'amministrazione archivistica, si è ritenuto di estendere la potestà ai funzionari appartenenti a ministeri che esercitano la vigilanza sugli enti produttori, quello ad esempio della Sanità per quanto riguarda le cliniche private.

La figura del notaio rimane, ad essa si riferisce la disposizione laddove richiama i soggetti equiparati alle pubbliche autorità, ma entra in gioco in modo non esclusivo, in concorrenza cioè con i funzionari statali.

Sempre nell'ambito della autenticazione, è stato necessario studiare una ulteriore soluzione diversificata rispetto al regolamento del '74 anche per quanto riguarda le modalità procedurali, che rappresentano un sottoproblema di quello relativo all'autorità competente.

Il precedente testo richiedeva infatti la presenza di un responsabile della pubblica amministrazione in ciascuna delle tappe operative del procedimento: dal riordinamento dell'archivio cartaceo (controllo della numerazione delle cartelle cliniche, controllo e numerazione delle pagine di ciascuna cartella e dei referti diagnostici in essa contenuti) alla formazione della pellicola (ripresa, sviluppo e collaudo) fino alla apposizione del punzone per l'autenticazione.

Nello spirito di una semplificazione delle procedure e nell'obiettiva difficoltà di applicare nel settore privato le stesse regole, se non altro per problemi di costi, si è previsto che il pubblico ufficiale intervenga per così dire soltato a *prodotto finito*. Pur non presenziando a tutte le operazioni, attraverso verifiche incrociate fra il registro di serie e quello delle unità di riproduzione, egli provvederà all'accertamento di '*conformità*' del procedimento globale posto in essere alle prescrizioni del progetto approvato e successivamente procederà alla 'punzonatura' della pellicola, attribuendole con quest'ultimo atto la stessa validità dell'originale cartaceo.

Passando ad un breve esame comparato dei due testi regolamentari, sottolineo che il più recente decreto si distingue anche sotto altri aspetti per le sue caratteristiche di snellezza e che lo stesso realizza forme più concrete di decentramento amministrativo. La procedura relativa ai soggetti pubblici è infatti piuttosto lunga (6-8 mesi) e prevede questi passaggi:

1) presentazione di una relazione/progetto al Ministero per i beni culturali e ambientali;

2) istruttoria preliminare da parte dell'Ufficio centrale per i beni archivistici;

3) parere sul progetto da parte del Comitato di settore per i beni archivistici;

4) emissione del decreto ministeriale di approvazione e sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

I soggetti privati, secondo il nuovo regolamento, presentano invece la loro relazione non più a livello centrale, bensì agli organi di vigilanza dell'amministrazione archivistica competenti per territorio, cioè le Soprintendenze archivistiche. Il soprintendente, esaminato il progetto, lo approva o lo respinge con provvedimento motivato entro novanta giorni dalla presentazione.

La distruzione dei documenti riprodotti può avvenire — per il settore privato — immediatamente dopo le operazioni di autenticazione, mentre gli atti pubblici possono essere distrutti soltanto se si riferiscono ad un periodo anteriore all'ultimo triennio.

Il momento qualificante dell'iniziativa — in entrambi i casi — è costituito dalla fase progettuale, durante la quale la struttura sanitaria titolare dell'archivio è chiamata a riflettere sull'organizzazione del servizio esistente ed a prevedere quello futuro. Ho sottolineato anche in altre sedi quanto sia diffusa opinione che il problema prevalente di una duplicazione è l'individuazione delle sue modalità tecniche. Il vero disegno strategico — non è il caso di sottolinearne l'importanza ai colleghi archivisti — è invece costituito dallo studio delle funzioni che il futuro archivio fotografico deve svolgere e dalla predisposizione conseguente dell'apparato strumentale necessario per renderlo facilmente accessibile.

L'insieme di queste operazioni è indicato da entrambi i regolamenti con il nome di *cartellinatura* e, per quanto riguarda gli archivi delle cartelle cliniche, l'operazione non solo richiede un'attenzione particolare per la valenza terapeutica oltre che giuridica della documentazione, ma non è neppure generalizzabile.

La realtà ospedaliera italiana, dal punto di vista archivistico, si presenta infatti estremamente variegata perché la cartella clinica non è *normalizzata* e non esiste un criterio univoco di ordinamento (in uno stesso ospedale, a volte contemporaneamente, le cartelle sono organizzate per ordine cronologico, progressivo continuo oppure annuale, di entrata e di uscita dei pazienti ecc.).

Occorre pertanto seguire — in presenza di un complesso documentario già esistente — vari passaggi pur nel rispetto più rigoroso della realtà cui ci troviamo di fronte:

— studio del processo di formazione dell'archivio e descrizione della sua organizzazione;

— individuazione e descrizione delle partizioni, quali categorie e serie;

— individuazione e descrizione dell'unità archivistica, cioè della singola cartella o della busta che contiene la documentazione diagnostica (radiografie e quant'altro) per la quale sussiste un obbligo di limitata conservazione, ma che comunque in molti casi costituisce parte integrante della cartella clinica.

Nell'effettuare tale lavoro preparatorio si procede alla verifica dell'ordinamento, valutando l'opportunità di introdurre eventuali variazioni e si controlla la numerazione già esistente delle unità ovvero si appongono su ciascuna di esse numeri o altri simboli atti a conferire quella individualità che ne consente il ritrovamento.

Le operazioni di *descrizione* cui ho fatto cénno possono condurre all'approntamento di uno o più strumenti di consultazione ovvero possono essere direttamente effettuate nel cosiddetto 'Registro di serie' e cioè nell'inventario analitico delle singole unità cartacee corredato — successivamente alla ripresa — dall'indicazione dei corrispondenti fotogrammi sui quali è stata catturata l'immagine.

Dall'impostazione di tale registro e quindi dalla sua più o meno approfondita analiticità (numero o codice della cartella, generalità del paziente, sesso, data del ricovero e della dimissione, reparto, ecc.) derivano le chiavi di possibile accesso alla documentazione. Se la compilazione del 'Registro' e le procedure della ripresa fotografica sono assistite da un sistema informatico risulterà naturalmente più agevole creare altri mezzi di corredo, quali indici alfabetici o per materia.

Un elemento innovativo, la cui esigenza era emersa del resto in fase di applicazione del primo decreto, è quello relativo alla possibilità di microfilmare a titolo sostitutivo anche un achivio in formazione. Nella precedente disciplina regolamentare il legislatore aveva tenuto presente infatti un archivio *chiuso* o storico, definito cioè nei suoi precisi termini temporali di inizio e fine, mentre le regole dettate dal nuovo regolamento sono espressamente conformate — per favorire la possibilità di sostituire la documentazione cartacea — ai processi formativi dell'archivio stesso.

Tale impostazione, da più parti perorata, pone in evidenza quanto la microfilmatura, o anche altre eventuali forme di sostituzione del supporto cartaceo, non è più soltanto un problema connesso alla *conservazione* dell'archivio bensì anche alla sua *gestione*, in quanto i due termini tendono a coincidere in presenza di strumenti tecnici avanzati e sempre più duttili.

Il nuovo decreto opera inoltre una importante apertura nei confronti della tecnologia, recependo il principio che il documento cartaceo può essere sostituito da *qualsiasi* supporto che dia adeguate garanzie di fedeltà al documento riprodotto, di duplicabilità, di leggibilità, di resi-

stenza dell'immagine a tentativi di alterazione fraudolenta e di stabilità nel tempo.

Tale affermazione appare tanto più opportuna alla luce della recente normativa di carattere generale (cfr. art. 22 della legge 7 agosto 1990, n. 241). Letteralmente l'art. 25 della legge n. 15/68 prevede che la documentazione d'archivio può essere sostituita dalla «corrispondente riproduzione fotografica», ma è parso corretto — ed il Consiglio di Stato cui la questione è stata sottoposta si è favorevolmente espresso — interpretare estensivamente la norma suddetta fino a farvi rientrare qualsiasi sistema di riproduzione.

Rispetto ai fini ultimi che si intendono conseguire e cioè la razionalizzazione della gestione dell'archivio anche dal punto di vista fisico con il recupero degli spazi, non risulta infatti rilevante (al momento dell'emanazione della legge n. 15 non erano del resto conosciute tecniche di riproduzione diverse da quella fotografica) il procedimento tecnico con il quale viene realizzata la sostituzione dell'originale, purché siano fatte salve le garanzie di trasferimento e conservazione dell'immagine.

Se pure il nuovo regolamento si limita a disciplinare solo la riproduzione fotografica, rimandando ad un apposito decreto la determinazione dei procedimenti tecnici e delle modalità di riproduzione su supporti diversi dalla pellicola, l'aggancio ai dischi ottici già sul mercato è quindi solo un problema tecnico e non più giuridico, in linea del resto con la disciplina dettata dalla legge n. 537 del 24 dicembre 1993.

Per quanto riguarda le modalità della microfilmatura e le indicazioni da apporre nel negativo sostitutivo i due regolamenti non si discostano e si basano, con accentuata flessibilità di organizzazione nel caso degli archivi privati, sull'unità di riproduzione costituita o dalla bobina comunemente in commercio o da formati a scheda.

Pressocché analoghe risultano infine le procedure di collaudo che consistono nella verifica della corretta esecuzione dei lavori di cartellinatura e di ripresa dei documenti.

ANNA LIA BONELLA

Problemi di conservazione e gestione delle cartelle cliniche

I numerosi problemi di ordine sanitario, giuridico ed archivistico relativi alla gestione e conservazione delle cartelle cliniche sono ben presenti sia alle direzioni sanitarie ospedaliere che ne hanno la responsabilità medico-legale, sia agli archivisti delle Soprintendenze impegnati nei compiti di vigilanza sugli archivi sanitari. Tale vigilanza, come è noto, si estende di fatto in maniera onnicomprensiva sulla documentazione corrente e su quella storica, sia essa di natura amministrativa ovvero di natura tecnica: continuando a mancare linee d'intesa strategiche tra le due autorità di riferimento, l'amministrazione sanitaria da un lato e l'amministrazione archivistica dall'altro, credo sia legittimo provare nei riguardi del tema in questione un sensibile scoraggiamento. Ciononostante è forse utile tornare ancora una volta sull'argomento, sia pure in maniera schematica, sia per contribuire alla riflessione comune con alcuni riferimenti quantitativi sia per tentare di chiarire la portata dell'introduzione, nel 1992, della "scheda di dimissione ospedaliera".

Le dimensioni del problema

Un ospedale di 1300 posti letto produce ogni anno circa 30.000 cartelle cliniche[1]. Si è calcolato che una cartella di area medica è composta

[1] È il caso del policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma, illustrato da P. Grasso e G. De Meo nel corso della tavola rotonda che si è svolta a Mestre il 30 ottobre 1992 sul tema "Archivi e sanità: normativa, problematiche e soluzioni per la gestione della documentazione e dell'informazione sanitaria" (atti pubblicati in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa*, a cura di G. Bonfiglio Dosio, Venezia, Italarchivi, 1993, pp. 199-205).

in media da quaranta pagine, la cartella ortopedica da ventiquattro, quella chirurgica da ventisette[2]. Per 30.000 cartelle si può prevedere quindi una crescita dell'archivio generale di un singolo ospedale pari a circa centotrentacinque ml ogni anno (secondo questa proiezione un metro lineare di scaffalatura conterrebbe circa duecentoventi cartelle di dimensione media).

Secondo i dati statistici nazionali, ogni anno in Italia avvengono circa sei milioni di ricoveri, per un totale di sei milioni di cartelle prodotte: la conservazione degli originali comporta un incremento annuale degli archivi sanitari fra i venti e i trenta km lineari.

Non sono esistite disposizioni in merito ai tempi di conservazione delle cartelle fino al 1968, quando il Ministero della sanità – direzione generale ospedali, con la circolare n. 162/990.3/AG.464 del 5 agosto 1968, dispose la conservazione delle cartelle per *almeno* 25 anni dalla dimissione del ricoverato. Tale termine, invero molto breve, fu nuovamente confermato dallo stesso ministero nel 1979. La situazione giuridica è poi mutata drasticamente dieci anni fa quando, con la circolare n. 990/AG/464/260 del 19 dicembre 1986, la direzione generale ospedali prescrisse la *conservazione illimitata* delle cartelle cliniche "... poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto". La disposizione riguardò e tuttora riguarda tanto l'ospedalità pubblica quanto la privata.

A prescindere dalla questione relativa alla potestà normativa delle circolari (se siano o meno vincolanti), una simile disposizione — salutata al momento con favore dalla comunità scientifica — ha in breve tempo determinato disfunzioni pratiche molto gravi oltreché perplessità nel merito. Da un lato infatti la scelta della conservazione eterna del documento gli riconosce un valore particolarmente "alto" non solo sul piano medico e legale ma anche su quello storico e culturale in genere; dall'altro, vista l'assenza di indicazioni e ausili sul "come" possa materialmente avvenire tale illimitata conservazione, questa viene avvertita dalla quasi totalità del settore ospedaliero unicamente quale scarico di responsabilità su un soggetto — la direzione sanitaria — incapace di assumerla sul piano sia organizzativo che logistico, economico e quant'altro.

Nel momento in cui il paziente lascia l'ospedale, la sua cartella clinica

[2] Dati offerti da G. PUNTIN, in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa* ..., cit., p. 209.

lascia il reparto di ricovero per essere collocata nell'archivio generale, quando c'è, o in altro luogo di raccolta meno strutturato. Comunque sia organizzato il servizio di archiviazione, in un arco di tempo relativamente breve le cartelle chiuse in data più antica, per le quali sono ormai improbabili richieste di copie ed è più remota la possibilità di richieste a fini legali, dovranno cedere il posto alle più recenti.

Sappiamo tutti che nella maggioranza dei casi le cartelle cliniche finiscono stipate in cantine e solai, inutilizzabili, irreperibili e destinate a morte naturale, oppure, nella migliore delle ipotesi, vengono allontanate dall'ospedale e trasferite in magazzini presi in affitto, dove sono ugualmente destinate alla consunzione; inoltre, ai fini di una considerazione realistica del problema delle responsabilità, ricordiamo che la cattiva conservazione o la distruzione delle cartelle cliniche è perseguibile solo se dolosa, mentre non lo è se dovuta a negligenza[3].

Tali complessi documentari — gli archivi delle cartelle cliniche relative a pazienti che hanno lasciato l'ospedale — riguardano interlocutori più differenziati: oltre ai clinici e all'amministrazione sanitaria (centrale, regionale e locale), necessariamente coinvolgono anche l'amministrazione archivistica (esercizio della vigilanza) e il mondo della ricerca.

Mancano dati realistici complessivi relativi all'aspetto quantitativo della documentazione "storica", anche se probabilmente gli elementi raccolti negli ultimi anni dalle Soprintendenze archivistiche potrebbero fornire indicazioni o almeno proiezioni sull'argomento. È facile d'altra parte immaginare che si tratti di una mole piuttosto ingente di documentazione che, nel caso di ospedali di antica istituzione, può risalire molto indietro nel tempo.

Il procedimento di microfilmatura sostitutiva, disciplinato per il settore pubblico nel 1974[4] e solo recentemente esteso anche al settore privato (1996), permette come è noto l'eliminazione del documento cartaceo a fronte della conservazione della sola bobina; tale provvedimento però ha avuto nel settore ospedaliero pubblico (si vedranno gli esiti nel privato) un successo estremamente limitato, sia per le difficoltà della procedura sia per i costi elevati. Se poi si valuta l'economicità di tale

[3] Cfr. V. Cesareo Grillo, *Cenni sulla normativa e sul procedimento per l'utilizza della microfilmatura sostitutiva*, in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa* ..., cit., pp. 159-163.

[4] d.p.c.m. 11 settembre 1974; cfr. inoltre il contributo citato nella nota precedente.

procedura in relazione ai dati quantitativi generali (trenta chilometri all'anno relativi solo all'incremento corrente), ci si può legittimamente interrogare su come possa praticarsi la ripresa annuale di circa centottanta milioni di pagine/fotogrammi.

Alla luce dei dati riportati, è possibile che la soluzione più praticabile continui ad essere quella della conservazione degli originali.

Ma dove, come, con quali metodologie di accesso, con quali referenti e quali responsabilità?

Non è una novità la proposta di istituire anche nel nostro Paese luoghi di raccolta sul modello dei Medical rekord departments, affidati ad archivisti specializzati (Medical rekord officiers), da gestirsi sulla base di accordi programmatici tra amministrazione archivistica e amministrazione sanitaria. D'altra parte non risulta che progetti di questo genere siano mai stati presi in considerazione dalle autorità competenti[5].

A proposito della conservazione permanente

L'avvio di un qualunque progetto organico che volesse raggiungere obiettivi concreti dovrebbe comunque accompagnarsi ad una riflessione approfondita e articolata sul tema dei tempi di conservazione.

A tale proposito osserviamo che la scelta dell'eternità è legata a due tipi di motivazione, una di carattere giurico (tutela dei diritti del singolo intestatario della cartella o altri aventi causa), e un'altra di carattere culturale, rappresentata dalla salvaguardia di fonti documentarie che possono e potranno in futuro interessare sotto vari aspetti la storia della medicina, della sanità e, più in generale, la storia sociale.

Sono indubbiamente entrambi argomenti forti.

Tuttavia, circa il primo punto ci limitiamo a notare — da profani — che per quanto attiene alla giustizia penale, se è vero che esistono reati che non cadono mai in prescrizione è vero anche che la perseguibilità

[5] A. Gattai, *La gestione della documentazione sanitaria ospedaliera: situazione attuale e prospettive. Il problema della formazione professionale*, in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa* ..., cit., pp. 146ss. Sostiene Gattai che "nulla, assolutamente nulla è stato fatto in materia dalle autorità preposte allo scopo di soddisfare o quantomeno tentare di soddisfare tutte le inderogabili esigenze provenienti dal ruolo fondamentale ed essenziale di un più concreto e razionale *management* delle cartelle cliniche".

non potrà estendersi oltre i limiti temporali della vita umana dell'eventuale colpevole che, come ben sappiamo, non è eterna; per quanto attiene poi alla giustizia civile, che può prevedere tempi anche illimitati di perseguibilità (pensiamo alle cause per eredità), il dato della eccezionalità del ricorso alla cartella clinica a distanza di un certo numero definito di anni spinge a chiedersi se sia o meno legittimo (e ragionevole) per la collettività tutta sobbarcarsi un onere tanto gravoso e forse impossibile quale la conservazione permanente di una enorme massa di documentazione in nome di una sporadica e improbabile futura tutela individuale.

Credo che i termini della conservazione debbano essere ampi, ma non così prolungati da essere eterni e ingestibili. Non è certo questa la sede per azzardare proposte in merito, che dovrebbero comunque scaturire da un confronto qualificato tra competenze diverse: qualunque fosse il termine prescelto (cento anni dalla data della dimissione ospedaliera?) dovrebbe comunque differenziarsi il periodo di permanenza della cartella clinica presso l'ospedale da quello della permanenza presso depositi territoriali che ne consentano la conservazione ordinata.

Anche il secondo argomento, quello della salvaguardia delle fonti sanitarie per la ricerca, meriterebbe una disamina molto articolata e approfondita. L'Italia vanta un'antica tradizione ospedaliera e molte carte degli antichi ospedali sono conservate negli Archivi di Stato. Si tratta, come è noto, essenzialmente di carte amministrative, visto che — tranne rare eccezioni — la documentazione sanitaria propriamente detta assume sostanziale organicità solo nel corso della seconda metà dell'Ottocento e a quel periodo si fermano i depositi negli Archivi di Stato. Quindi, paradossalmete, mentre è possibile tracciare la storia dell'assistenza ospedaliera sei-settecentesca (come dimostra la relativa ricca storiografia), allo stato attuale — pur in regime di conservazione permanente degli archivi sanitari — potrebbe essere impossibile condurre ricerche sulle fonti ospedaliere contemporanee.

Se per la documentazione corrente (le nuove cartelle cliniche) si auspica il ricorso a un sistema di produzione e di conservazione più razionale ed economico che preveda l'acquisizione dei dati clinici *direttamente* su supporto non cartaceo (senza doverli riprodurre in un secondo momento)[6],

[6] La tecnologia in questo settore è in continua evoluzione e la normativa stenta a tenere il passo, specie per quanto riguarda i regolamenti di attuazione. Sul tema generale si veda il recente

per la documentazione pregressa occorrono in primo luogo una preliminare inchiesta conoscitiva volta ad acquisire dati quantitativi e qualitativi sulla mole di documentazione residua relativa agli ultimi centocinquanta anni circa (da metà Ottocento fino alla fine del Novecento) e in secondo luogo, sulla base dei dati raccolti, una disamina critica da cui possano scaturire scelte settoriali, cronologiche e logistiche volte ad assicurare la effettiva conservazione e la vera fruibilità di quanto debba essere conservato, ovvero il regolare scarto di ciò che è inutile (o impossibile) conservare oltre un certo limite di tempo. Potrebbe riconoscersi opportuna, ad esempio, la conservazione integrale permanente di tutta la documentazione sanitaria fino al periodo di affermazione delle moderne metodologie statistiche[7], ovvero l'opportunità della conservazione integrale per determinate tipologie di documentazione (si pensi ad esempio alle cartelle cliniche degli ospedali psichiatrici) o della conservazione a campione per altre. La mancanza di analisi critica di tutti questi aspetti, peraltro in nome di una pretesa conservazione permanente e universale, equivale a rendere irrisolvibile il problema e, paradossalmente, a peggiorare una situazione già grave.

La "scheda di dimissione ospedaliera"

La "scheda di dimissione ospedaliera" è un documento sanitario e amministrativo di recente istituzione, posto in essere fra il 1991 e il 1992 dal Servizio centrale della Programmazione sanitaria del Ministero della sanità a seguito dell'adesione al progetto internazionale DRGs

---

contributo di M. GUERCIO, *Creazione, tenuta e conservazione dei documenti elettronici. Lo stato dell'arte*, presentato al convegno "Le carte preziose. Gli archivi delle banche nella realtà nazionale e locale: le fonti, la ricerca, la gestione e le nuove tecnologie", svoltosi a Trieste-Udine il 16-18 aprile 1997 (atti in corso di pubblicazione).

[7] Sul complesso problema della formazione delle statistiche sanitarie ed epidemiologiche e sulla storia delle competenze in materia cfr. A. SERIO, *Il sistema informativo sanitario*, in *Fonti archivistiche e ricerca demografica. Atti del Convegno internazionale Trieste 23-26 aprile 1990*, Roma, Ministero per i Beni culturali e ambientali-Ufficio centrale per i beni archivistici, 1996, pp. 988-1008 e, nel medesimo volume, A.L. BONELLA, *Gli archivi delle cartelle cliniche*, pp. 1029-1043. Si veda anche T. CHINELLATO, *Il problema del controllo e dell'ottimizzazione dei flussi informativi sanitari a livello periferico e centrale*, in *L'archivio per l'organizzazione d'impresa* ..., cit., pp. 187-192. La più recente norma nazionale sulla disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti pubblici e privati è il d.m. 26 luglio 1993.

(Diagnosis Related Groups = gruppi diagnostici interrelati). Si tratta di una scheda, uniforme in tutto il territorio nazionale sia per l'ospedalità pubblica sia per la privata, destinata a costituire "parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale"[8]. Ha in primo luogo la finalità di consentire la programmazione della spesa sanitaria sulla base delle prestazioni effettivamente erogate e non più su base teorica e/o storica (cioé stabilita una volta per tutte) di variabili quali il numero dei posti letti o del bacino d'utenza che afferisce ad un determinato ospedale. La rilevazione sistematica delle informazioni che vi sono contenute ha però anche lo scopo di disporre "di un flusso informativo relativo alla tipologia di assistenza erogata in tutti gli istituti ospedalieri sul territorio nazionale ... quale rilevazione sistematica di carattere epidemiologico". In questo senso — che è quello che in questa sede preme sottolineare — "è finalizzata anche a sostituire la rilevazione statistica dei ricoverati negli istituti di cura attualmente operata attraverso il mod. ISTAT/D/10"[9] relativi al movimento dei pazienti nei primi sette giorni di ogni mese. Ricordiamo inoltre che già da tempo il complesso delle informazioni utili alla formazione delle statistiche sanitarie ed epidemiologiche tratte dalle cartelle cliniche era stato ridotto al minimo mediante l'individuazione del cosiddetto *Minimum Basic Data set*, stabilito sulla base di parametri CEE[10].

Le informazioni che la scheda di dimissione deve contenere sono elencate all'art. 3 del decreto istitutivo: si tratta di oltre trenta informazioni di tipo anagrafico, socio-economico e sanitario che riassumono in maniera omogenea i dati presenti in maniera difforme sulle cartelle cliniche[11].

---

[8] D.m. 28 dicembre 1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera", art. 1. Il decreto dispone che l'adozione nazionale della scheda sia avviata entro il 30 giugno 1992.

[9] *Ibid.*, art. 4.

[10] Cfr. F. BONANNO, *Linee programmatiche della sanità in tema di documentazione e di informazione sanitaria*, in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa* ..., cit., p. 128.

[11] "La scheda di dimissione ospedaliera deve contenere almeno le sottoelencate informazioni: 1) denominazione dell'ospedale di ricovero; 2) numero della scheda; 3) cognome e nome del paziente; 4) sesso; 5) data di nascita; 6) comune di nascita; 7) stato civile; 8) luogo di residenza; 9) cittadinanza; 10) codice sanitario individuale; 11) regione di appartenenza; 12) unità sanitaria locale di iscrizione; 13) regime di ricovero; 14) data di ricovero; 15) ora di ricovero; 16) reparto di ammissione; 17) onere della degenza; 18) provenienza del paziente; 19) tipo di ricovero; 20) motivo del ricovero; 21) traumatismi o intossicazioni; 22) trasferimenti interni; 23) reparto di dimissione; 24) area funzionale di dimissione; 25) data di dimissione o morte; 26) modalità di dimissione; 27) riscontro autoptico; 28) diagnosi principale alla dimissione; 29) patologie conco-

La mancata standardizzazione delle regole di base per la compilazione delle cartelle cliniche e dunque la persistente difformità dei documenti, anche nel caso di patologie affini, è stata a lungo denunciata quale ostacolo alla restituzione storica e statistica dei dati[12]. D'altra parte il richiamo all'uniformità non ha mai avuto esiti positivi. È stata più volte chiamata in causa la tradizionale riluttanza dei medici ad adeguarsi a norme oggettive intese come "lesive" della loro autonomia professionale ma, oltre a ciò, vi sono sicuramente carenze di carattere amministrativo e organizzativo generale e comunque possono permanere legittime perplessità sul principio della "omologazione a tutti i costi" di un documento di natura clinica che lascia per sua natura ampio spazio alla redazione del medico.

L'introduzione della scheda di dimissione ospedaliera, qualora la sua compilazione risponda realmente alle regole previste dal decreto istitutivo, può in qualche modo risolvere le annose questioni cui si è accennato. È indubbio che l'amministrazione sanitaria debba confrontarsi con ostacoli di natura organizzativa, tecnica e culturale[13] ma, se sarà possi-

---

mitanti o complicanze della malattia principale; 30) intervento chirurgico principale o parto; 31) altri interventi o procedure; 32) (in caso di day-hospital) motivo del ricovero; 33) (in caso di day-hospital) numero di giornate di presenza.

[12] Cfr. A. Gattai, *Cartella clinica: compilazione, gestione-archivio, aspetti giuridici e medico-legali*, Milano, Editoriale Medico Farmaceutica, 1979 e, in generale, gli interventi della Giornata di studio sui problemi connessi alla gestione della documentazione sanitaria ospedaliera (III Congresso nazionale SIASO — Pisa, 20 maggio 1988), Pisa, Servizio Tecnografico dell'Istituto di Elaborazione della Informazione — CNR, 1988. Si veda anche l'intervento dello stesso A. Gattai, *La gestione della documentazione sanitaria ospedaliera: situazione attuale e prospettive. Il problema della formazione professionale*, in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa* ..., cit., pp. 147-157.

[13] "Le difficoltà incontrate sono state, in primo luogo, di tipo culturale. Da un lato c'era, infatti, una parte consistente della classe medica che considerava la produzione di sufficienti, per quanto sintetici, elementi di documentazione dell'attività svolta, più un fastidioso adempimento burocratico (quando non la sottomissione a un intollerabile controllo poliziesco) che un elementare e doveroso contributo, da parte di chiunque si trovi ad operare in un sistema complesso, al funzionamento più efficiente del sistema stesso. Dall'altro lato c'erano le Unità sanitarie locali e, per certi versi, la Regione, che, non ponendo il monitoraggio e la razionalizzazione del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie tra i propri obiettivi di gestione, non assegnavano ai dati individuali sui ricoveri ospedalieri alcun valore strategico ...": così Lionello Cosentino, assessore alla sanità della Regione Lazio, a proposito della storia dei sistemi di rilevazione avviati nel Lazio fin dagli anni 85-86, in "Progetto salute. Notiziario del sistema informativo socio-sanitario e dell'osservatorio epidemiologico della Regione Lazio", XI (1995), 30, Presentazione del numero monografico dal titolo *Rapporto Accettazione Dimissione. La riorganizzazione del Sistema Informativo Ospedaliero del Lazio.*

bile superarli, l'obiettivo della omologazione delle informazioni sul piano nazionale potrà probabilmente considerarsi raggiunto.

Le schede vengono redatte negli istituti di ricovero pubblici e privati; gli stessi istituti trasmettono i dati alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza ogni tre mesi, "preferibilmente mediante supporto magnetico"[14]. Queste ultime a loro volta devono trasmettere trimestralmente i dati al Ministero della sanità — Servizio centrale della programmazione sanitaria "mediante supporto magnetico"[15]: questo il percorso delle informazioni. E il documento (cartaceo o magnetico) dove, come e per quanto tempo verrà conservato? È possibile, in definitiva, che la sua istituzione costituisca uno stimolo a ripensare e razionalizzare l'intera questione degli archivi sanitari e porti a ripensare i tempi di conservazione delle cartelle cliniche tradizionali?

Credo che il dibattito su questi argomenti possa essere vivace e costruttivo.

[14] d.m. 26 luglio 1993 "Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati", art. 2.

[15] *Ibid.*, art. 3.

PAOLO MAROTTA*

Le prospettive culturali dell'azione dei comitati di etica nelle aziende sanitarie

Introduzione

I comitati di etica, istitutiti nelle aziende sanitarie in recepimento del decreto ministeriale 27 aprile 1992 del Ministero della sanità (disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE), oltre ad espletare funzioni di tipo amministrativo, rappresentano una nuova forma di intervento sul controllo della realizzazione del processo di aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale.

Il coinvolgimento di rappresentanti della società civile, con particolari specifiche competenze, consente di ottenere un insieme intersezione capace di stimolare l'azienda sanitaria nell'ottimizzazione delle strategie gestionali.

Dopo un breve riassunto delle principali tappe che hanno segnato l'istituzione e l'avvio dello stesso comitato etico dell'ASL Napoli 1, in collaborazione con la seconda Scuola di specializzazione in Medicina legale e delle assicurazioni della seconda Università degli studi di Napoli (SUN), sono indicate le possibili prerogative culturali dei comitati di etica. La collaborazione con la seconda Scuola di specializzazione in Medicina legale e delle assicurazioni non deve destare meraviglia: la branca specialistica della medicina legale ha sempre guardato con attenzione ai temi della qualità del servizio e del controllo della qualità, temi che hanno assunto rilevanza crescente, oltre che nel mondo imprenditoriale, soprattutto nel settore dei servizi gestiti dalla pubblica amministrazione

* Vice presidente comitato etico ASL Napoli 1

ed in particolare nel mondo dell'assistenza sanitaria per motivi molteplici (la scarsa efficacia dei tradizionali meccanismi di verifica ex ante; la necessità di mantenere gli standards prescritti in un sistema che risulta proiettato in una condizione di forte scambio e competizione internazionale; i nuovi meccanismi di controllo dell'erogazione delle risorse allocate alla programmazione e alla gestione dei servizi pubblici; l'ampio ventaglio di innovazioni introdotte dalla legislazione; il crescente peso dell'autonomia degli enti locali, che andrà ulteriormente accresciuta, sostenuta e qualificata attraverso un continuo processso di valutazione e di autovalutazione permanente, anche al fine di evitare il prodursi di pericolosi squilibri sul territorio nazionale). Inoltre essa è stata giudicata elettiva per l'individuazione delle competenze richieste dall'impegno di proposta e controllo, vista l'interdisciplinarità e la vastità dei problemi tecnico-organizzativi e ricordata la peculiarità della medicina legale e delle assicurazioni, specificamente interessata allo studio della persona umana, psichica e fisica nei suoi rapporti con il diritto e quindi idonea a concorrere a che l'azione legislativa e l'applicazione normativa si adeguino sempre meglio alla realtà antropologica in divenire, detenendo infatti lo specialista in medicina legale quella competenza per la verifica accurata del rispetto dei diritti del cittadino-utente che usufruisce dei servizi offerti dall'azienda sanitaria.

Premessa storica

L'ASL Napoli 1, la più grande azienda sanitaria europea, con riferimento territoriale al comune di Napoli, in linea con quanto stabilito dal decreto ministeriale 27 aprile 1992 del Ministero della sanità ha dovuto procedere alla costituzione di un comitato etico, con specifica collocazione nell'organigramma aziendale[1].

[1] L'attuale composizione del comitato etico dell'ASL Napoli 1 risulta la seguente: presidente: Goffredo Sciaudone; vicepresidenti: Paolo Marotta, Clemente Minisci, Antonio Puca; Componenti: Maria Teresa Amato, Raffaele Ateniese, Antonio Bassolino (Delegato: assessore Riccardo Di Palma), Biagio Biancardi, Oreste Ciampa, Giuseppe del Barone, M. Paola Garofalo, card. Michele Giordano, Margherita Lalla, Telemaco Malagoli, Gerardo Marotta, Angelo Montemarano, Michela Rizzello, Raffaele Rossiello, Aldo Schiassi, Fulvio Tessitore, Domenico Roberto Ziccardi, Bruno Zuccarelli; Segretaria: Anna Teresa Sommavilla.

In assenza di una specifica normativa si è proceduti a dare al Comitato etico uno statuto[2] e un regolamento[3], di cui sono di seguito riportati i testi.

STATUTO DEL COMITATO ETICO DELL'ASL NAPOLI 1

art. 1

È costituito presso la A.S.L. Napoli 1 il Comitato Etico che svolge funzioni consultive e di orientamento dell'attività assistenziale, al fine di migliorare il livello di considerazione della dignità umana del paziente e la qualità delle prestazioni socio-sanitarie ed ospedaliere, promuovendone l'umanizzazione e la personalizzazione.

art. 2

Il Comitato, attraverso l'approfondimento delle problematiche specifiche, elabora 'proposte' e 'pareri' su questioni di natura etica, al fine di orientare e sostenere la sensibilità etica e deontologica degli operatori ed i conseguenti comportamenti operativi presidiali e distrettuali.

art. 3

Il Comitato può proporre al Direttore Generale iniziative di carattere informativo e formativo atte a sensibilizzare ed indirizzare tutti coloro, siano essi dipendenti della A.S.L. Napoli 1, liberi cittadini o istituzioni, che possano contribuire alla realizzazione di un ambiente civile ed assistenziale che tuteli pienamente i diritti e le esigenze della persona.

art. 4

Le aree di maggiore interesse per il Comitato sono le seguenti:

a) l'assistenza sanitaria relativamente al rapporto operatori-pazienti;

b) le problematiche inerenti la fecondazione artificiale, la manipolazione genetica, l'assistenza al paziente in condizioni terminali, l'accanimento terapeutico, l'eutanasia, la promozione della cultura della donazione;

c) formazione etica del medico degli operatori sanitari e sociali;

d) ricerca biomedica e sperimentazione clinica sul paziente ed il consenso informato;

e) ogni altro argomento di rilevanza etica che dovesse essere sottoposto all'attenzione del Comitato Etico.

art. 5

Per il conseguimento delle finalità statutarie il Comitato Etico potrà avvalersi anche dell'apporto di esperti tecnici e scientifici appositamente individuati.

---

[2] *La Carta del Comitato Etico*, a cura di Paolo Marotta, Edizioni Comitato Etico ASL Napoli 1, Napoli 1997, p. 13.

[3] *Ibid.*, p. 17.

art. 6

Sono componenti di diritto del Comitato Etico:

- Il Sindaco del Comune di Napoli
- L'Assessore Regionale alla Sanità
- Il Direttore Generale della A.S.L. Napoli 1
- Il Direttore Amministrativo della A.S.L. Napoli 1
- Il Direttore Sanitario della A.S.L. Napoli 1
- Il Cardinale Arcivescovo di Napoli
- Il Coordinatore del Dipartimento Sanitario della A.S.L. Napoli 1
- Il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli
- Il Presidente della Croce Rossa Italiana

Altri componenti, nel numero massimo di venti, sono nominati dalla A.S.L. Napoli 1 e sono scelti nell'ambito di professionalità e/o competenze con specifica attinenza all'attività del Comitato Etico (medici, operatori sanitari non medici, esperti di diritto, esperti di bioetica, esperti della metodologia della ricerca, epistemologi, filosofi, giornalisti, divulgatori scientifici, farmacologi, farmacisti, rappresentanti del Tribunale dei Diritti del Malato, rappresentanti delle associazioni di volontariato giuridicamente riconosciute).

Tutti i componenti del Comitato Etico hanno diritto di voto.

art. 7

Il Presidente Onorario del Comitato Etico è il Sindaco del Comune di Napoli.

I Componenti del Comitato Etico eleggono collegialmente nel proprio ambito un Presidente Effettivo e tre Vice-Presidenti. Sia il Presidente Effettivo che i Vice-Presidenti conservano il diritto di voto. Essi restano in carica tre anni e possono essere rieletti.

Il Presidente Effettivo ed i tre Vice-Presidenti costituiscono l'Ufficio di Presidenza.

Il Presidente Effettivo assume la rappresentanza del Comitato.

art. 8

I Componenti del Comitato Etico e gli esperti tecnico-scientifici prestano la loro opera a titolo gratuito.

art. 9

Il Comitato Etico, entro 60 giorni dal suo insediamento, provvederà a predisporre un regolamento che, in conformità del presente statuto disciplini le modalità di svolgimento delle attività del Comitato stesso. Provvederà, inoltre, a predisporre una relazione annuale di programmazione ed una relazione trimestrale di verifica dei risultati conseguiti.

art. 10

Il Comitato Etico è convocato dal Presidente con ordine del giorno allegato che viene inviato a mezzo fonogramma almeno dieci giorni prima della seduta ad eccezione dei casi di estrema urgenza.

art. 11

Le riunioni del Comitato Etico si terranno nei locali della Direzione Generale della A.S.L. Napoli 1 o in altra sede debitamente designata.

art. 12

I componenti del Comitato Etico restano in carica per tre anni e possono essere riconfermati secondo le modalità indicate nel regolamento.

art. 13

Il Segretario del Comitato Etico viene nominato dal Direttore Generale della A.S.L. Napoli 1, sentiti il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, tra quei dipendenti che abbiano maturato esperienza in materia.

REGOLAMENTO DEL COMITATO ETICO DELL'ASL NAPOLI 1

art. 1

È costituito presso la A.S.L. Napoli 1 il Comitato Etico.

art. 2

Funzioni

Il Comitato Etico svolge funzioni consultive e di indirizzo in particolare per quanto attiene le aree di cui all'articolo 4 dello statuto.

Il Comitato Etico può esprimere pareri su richieste di Enti o Istituzioni pubbliche o private. Su tali prestazioni potrà essere richiesta l'attivazione di una specifica convenzione con la A.S.L. Napoli 1.

art. 3

Composizione e Funzionamento

Il Comitato Etico è composto secondo quanto definito nello statuto, parte integrante del presente regolamento.

Il Segretario:

– ha il compito di redigere il verbale delle sedute trasmettendone copia al Direttore Generale e custodisce gli atti nei locali della Direzione Sanitaria della A.S.L. Napoli 1;

– organizza la tenuta del registro degli atti, in particolare di quello relativo al movimento delle richieste di sperimentazioni ;

– controlla che siano rispettate le scadenze tecniche programmate degli esperti consulenti.

Spettano, infine, al Segretario tutte quelle funzioni di sollecita trasmissione degli atti e notizie comunque pervenuti al Comitato Etico.

Una seduta è ritenuta valida con la presenza di almeno un terzo dei componenti del Comitato Etico.

Gli iscritti a parlare nelle sedute valide, dispongono di un tempo massimo di minuti tre.

Ogni deliberato viene adottato con votazione palese ed è valido se espressione della maggioranza dei presenti.

La durata dei lavori verrà considerata per i dipendenti della A.S.L. Napoli 1 come normale orario di servizio.

Per ogni anno solare non sono ammesse più di tre assenze ingiustificate dei componenti nominati, pena la decadenza.

Il Presidente del Comitato Etico può avvalersi per l'illustrazione della tematica all'ordine del giorno di un relatore e di un corelatore, i quali gli faranno pervenire una relazione prima della seduta. Inoltre il Presidente può richiedere la collaborazione di esperti di varia estrazione culturale e tecnica scelti dall'ufficio di Presidenza.

Il Comitato Etico, per la valutazione dei protocolli di sperimentazione clinico-farmacologica, si avvale di esperti, come previsto dallo Statuto, indicati dalla A.S.L. Napoli 1.

art. 4

Il Direttore Generale può attuare tutte le misure utili al funzionamento del Comitato Etico.

art. 5

Le richieste di parere vengono inviate alla Direzione Generale della A.S.L. Napoli 1. Le richieste suddette saranno formulate secondo schemi di riferimento approntati dagli esperti consulenti.

art. 6

Modifiche e/o integrazioni al presente regolamento possono essere proposte all'ordine del giorno dall'Ufficio di Presidenza o da almeno un terzo dei componenti. Esse sono valide se approvate dalla maggioranza dei componenti.

art. 7

Il presente regolamento diviene operativo dopo l'approvazione del Comitato Etico.

art. 8

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento, si rinvia alle Leggi vigenti e allo Statuto di cui alla delibera del Direttore Generale n. 2259 del 4 agosto 1995.

Proprio nella stesura del regolamento si è rivelata l'esigenza di richiedere all'azienda l'istituzione di un organo di consulenza tecnico-scientifica per l'attività di valutazione delle richieste di sperimentazione clinica rivolte all'azienda e sottoposte alla valutazione autorizzativa del comitato etico. Così l'azienda ha deliberato circa l'attivazione di una commissione tecnico-scientifica (CTS)[4] con un regolamento di cui è riportato il testo:

[4] *La Carta...* cit., p. 21. La Commissione tecnico-scientifica risulta così composta: coordinatore: MARIO VISCONTI; componenti: ANTONIO ANGELINI; RICCARDO ARIENZO; OLIMPIA COC-

REGOLAMENTO DELLA COMMISSIONE TECNICO-SCIENTIFICA

art. 1

La A.S.L. Napoli 1 costituisce una Commissione Tecnico-Scientifica con funzioni consultive a favore dello svolgimento dell'attività del Comitato Etico.

La Commissione Tecnico Scientifica (C.T.S.) si riunisce almeno una volta ogni 2 mesi sotto la Direzione del Coordinatore e con la partecipazione del Segretario.

In caso di assenza, il Coordinatore sarà sostituito da uno dei due Vicecoordinatori nominati dal Coordinatore della Comissione Tecnico-Scientifica (C.T.S.).

I componenti della C.T.S. non debbono avere compartecipazioni nè diretta nè per il tramite di parenti con industrie farmaceutiche proponenti o coinvolte in proposte di sperimentazioni, e rilasceranno a tal fine la dichiarazione in allegato (modulo C).

art. 2

La convocazione ordinaria della C.T.S. viene effettuata per iscritto dal Coordinatore con preavviso di sette giorni.

L'ordine del giorno viene preparato dal Coordinatore, tenendo conto delle priorità cronologiche indicate dalla A.S.L. Napoli 1.

art. 3

La convocazione straordinaria della Commissione Tecnico-Scientifica (C.T.S.) può essere effettuata dal Coordinatore della stessa per decisione propria o su richiesta dell'Ufficio di Presidenza del Comitato Etico o su richiesta di un terzo dei componenti della Commissione stessa. Nella terza ipotesi la motivazione dell'urgenza viene accertata dal Coordinatore che si riserva un termine di sette giorni per il preavviso.

art. 4

Il numero legale per la validità della riunione è di un terzo dei componenti della C.T.S. Non sono ammesse più di tre assenze ingiustificate dei componenti nominati.

La durata dei lavori verrà considerata, per i dipendenti della A.S.L., come normale orario di servizio.

art. 5

In caso di sperimentazione commissionata da aziende farmaceutiche o produttrici di presidi sanitari, ogni richiesta di parere di congruità, indirizzata alla A.S.L. Napoli 1, e proposta al Comitato Etico circa l'effettuazione della stessa, dovrà essere strutturata secondo il protocollo di richiesta allegato al presente regolamento:

– modulo A: richiesta sottoscritta dallo sperimentatore;

– modulo B: documentazione scientifica, legale e assicurativa fornita dall'azienda commissionante.

Per sperimentazioni proposte da altri Enti (Università etc.) la documentazione

---

COLI; LUCIANO DE SETA; EMANUELA FONZONE CACCESE; ANTONIO LIGUORI; DIEGO MANSI; MARCO PAPA; ADRIANA ZATTERALE.

necessaria sarà valutata di volta in volta dalla C.T.S. in base ai caratteri della sperimentazione stessa.

art. 6

La C.T.S., ricevuta la pratica, la istruirà affidando, su indicazione del Coordinatore, a uno o più componenti la funzione di relazionare sulla stessa.

I componenti relatori vengono individuati in base alle loro specifiche competenze nella disciplina relativa alla sperimentazione o in disciplina affine.

Devono presentare le loro conclusioni per iscritto, illustrandole verbalmente nella successiva riunione ordinaria o in una riunione straordinaria, qualora ciò sia ritenuto necessario.

I componenti relatori non devono essere cointeressati ad alcun titolo nella sperimentazione.

Qualora un componente della C.T.S. dovesse essere egli stesso sperimentatore dovrà astenersi dal partecipare alla discussione sulla sperimentazione a cui è interessato.

Il Coordinatore, acquisiti i pareri della C.T.S., li riporterà per iscritto, su schede ad uso interno, integrandoli eventualmente con una breve esposizione verbale, nella riunione del Comitato Etico cui spetta il parere sulla sperimentazione.

art. 7

Entro quindici giorni dall'acquisizione del giudizio del Comitato Etico, il Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e quello Amministrativo, provvederà a fornire allo sperimentatore l'eventuale autorizzazione finale.

art. 8

Per tutto quanto non previsto nel vigente regolamento valgono le disposizioni riportate nel Decreto del Ministero della Sanità 27.04.92, pubblicato su Supplemento ordinario della G.U. n. 139 del 15.06.92, che recepisce norme C.E. di Buona Pratica Clinica per la sperimentazione di prodotti medicinali in Europa.

Nella standardizzazione della metodologia di lavoro si è proceduti a raccogliere i citati documenti in una pubblicazione unica denominata *La Carta del Comitato Etico dell'A.S.L. Napoli 1*, complemento della carta dei servizi della stessa azienda. In particolare sono stati messi a punto quattro moduli utili all'espletamento delle pratiche di richiesta di autorizzazione per sperimentazioni cliniche.

Il bilancio delle attività svolte è sicuramente significativo ed è testimoniato dalla grande attenzione che ha suscitato la presentazione alla cittadinanza della carta del comitato etico dell'ASL Napoli 1 e del documento[5] di sintesi intitolato *Misure per l'Urgente Rinnovamento della*

[5] *Misure per l'urgente rinnovamento della politica italiana a favore dell'assistenza sanitaria*, a cura di P. Marotta, con prefazione di G. Sciaudone, Napoli 1997.

Politica Italiana a favore dell'Assistenza Sanitaria, documento apprezzato dalla Federazione nazionale comitati etici e inviato agli organi governativi competenti e ai rappresentanti di tutte le parti sociali e di cui appare utile ricordare il contenuto:

MISURE PER L'URGENTE RINNOVAMENTO DELLA POLITICA ITALIANA A FAVORE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

PRESENTAZIONE

Nel corso del primo anno di attività del Comitato Etico dell'ASL Napoli 1 sono giunte diverse segnalazioni di disfunzioni gravi nell'espletamento dell'attività assistenziale. Tale situazione ha indotto il Comitato Etico ad organizzare un intenso lavoro di analisi e di messa a punto di "misure possibili" per razionalizzare le politiche di gestione ed adeguare gli strumenti disponibili.

Il punto di partenza di tale lavoro é stato generato dall'esigenza di dare effettiva visibilità all'opera del Comitato Etico nell'individuare, di concerto con l'istituzione aziendale e il suo sistema direzionale, un profilo di revisione e di aggiornmento in equilibrio reale tra prerogative, volontà, attese e possibilità.

La stesura qui presentata vuole essere frutto di questo punto di equilibrio. Si tratta di alcune scelte di priorità, considerate importanti per ottenere concreti risultati in un'azione di concorso tra molti soggetti.

Rispetto alle numerose questioni trattate non basta certo la dichiarazione di intenti. Dovrà allora seguire l'adozione di norme, regole, profili organizzativi. Tra la proposta degli obiettivi e questa attuazione é importante che si sviluppi un coinvolgimento vasto di ambiti istituzionali, professionali, culturali e di ricerca.

Ecco il senso di un dibattito fin da ora aperto, agevolato dalla molteplicità delle chiavi di lettura del documento, immaginate in relazione ai principali beneficiari di queste ipotizzate misure: il cittadino-utente, le istituzioni in generale, il sistema di impresa, i media.

I Comitati Etici avranno allora un'elevata strategicità nell'azione di garanzia e di protezione dei diritti della persona umana, soprattutto nell'attuale momento di revisione dello stato sociale del nostro paese in una prospettiva europea.

IL DOCUMENTO

Al fine di attuare – attraverso l'impegno diretto di Istituzioni dello Stato, Enti Pubblici erogatori di Servizi Assistenziali, Enti di Ricerca, di Comunicazione e di Informazione, di Promozione Culturale, Associazioni Professionali e d'Impresa – alcune misure realistiche in grado di favorire un rinnovamento del Sistema Sanitario Nazionale in linea con la difesa dei valori e dei diritti della persona umana, il Comitato Etico dell'ASL Napoli 1 propone la verifica dei punti elencati.

Alla loro elaborazione hanno partecipato rappresentanti di enti ed operatori che

sottoscrivono gli obiettivi e i contenuti di questa iniziativa di massima rilevanza sociale, civile e culturale, fermo restando l'auspicio che le prospettive qui di seguito indicate possano comunque investire le decisioni connesse ad ogni normativa del settore.

- 1 -

È necessario che venga al più presto definito un riassetto istituzionale ed amministrativo che, sottolineando l'importanza di una politica strategica del settore, consenta di programmare, razionalizzare e dare un forte impulso alla salvaguardia dei diritti della persona malata e bisognosa di cure e di assistenza, sviluppando con particolare attenzione le attività di controllo e di programmazione dell'organizzazione dell'assistenza: l'obiettivo essenziale é che ci sia una responsabilità strategica e di riferimento sempre chiara, pronta a recepire impulsi coordinati di miglioramento.

- 2 -

Si propone l'emanazione, da parte della direzione delle istituzioni preposte al controllo e alla gestione, di norme di coordinamento e di organizzazione dei servizi assistenziali, in special modo quelli chirurgici ed anestesiologici, tali da garantire, nel rispetto dei diritti del malato e della deontologia professionale, il migliore espletamento dell'attività di diagnosi e terapia.

- 3 -

Si sottolinea altresì la centralità dei diritti della persona malata, dinanzi ai quali il personale dipendente della struttura assistenziale é unanimamente e solidaristicamente coinvolto.

- 4 -

Si propone inoltre di costituire, nell'ambito dell'azione proposta, una sede di coordinamento di cui si auspica possano dotarsi tutti gli enti erogatori di assistenza sanitaria, denominata Osservatorio Etico, in grado di razionalizzare ed ottimizzare l'attività di promozione dei diritti del malato-utente. In tale ambito vanno individuate forme di raccordo permanente con il sistema dei media per conseguire un costante miglioramento delle forme di informazione, di formazione e di promozione circa la salvaguardia della salute.

- 5 -

Si sottolinea l'evidente centralità del ruolo delle aziende sanitarie. In tale prospettiva va promossa un'azione di coordinamento e di promozione dell'educazione circa i principali lineamenti di Etica da parte dell'amministrazione centrale e di quelle periferiche, in modo da attuare un piano organico di formazione, con la valorizzazione delle competenze acquisite in campo operativo.

- 6 -

Considerato il ruolo fondamentale del lavoro assistenziale e l'importanza crescente della qualità dell'assistenza, una particolare attenzione deve essere posta – anche in raccordo con la realtà europea – all'organizzazione di momenti di qualificazione e di aggiornamento.

- 7 -

Le aziende sanitarie potranno e dovranno mettere in atto tutte le azioni necessarie alla salvaguardia della loro immagine istituzionale e di quella dei Comitati Etici di cui risultino essersi dotate in base alle norme vigenti. In tal senso potranno anche adire la competente autorità giudiziaria per accertare eventuali negligenza, incompetenza e dolo da parte dei loro stessi dipendenti.

- 8 -

Grande rilievo presenta l'impegno a realizzare la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici su tutto il territorio italiano. In questo senso è necessario garantire la tutela dei diritti umani del malato di mente: la personalizzazione e l'umanizzazione della cura, l'educazione alla socialità, l'adeguata sistemazione alberghiera, la prevenzione delle malattie, la formazione del personale assistenziale, l'informazione delle famiglie dei disabili e ogni altro parametro riferito alla qualità della vita del malato devono assumere ruolo di indicatore per l'equilibrata attuazione della chiusura definitiva della istituzione manicomiale.

- 9 -

Assume crescente significato il sostegno ad una politica di informazione capace di utilizzare supporti multimediali (INTRANET, INTERNET, Rete Informatica Pan-Europea, Progetto EURIMAGE) in modo da inserire l'attività dei Comitati Etici nel circuito culturale europeo, in un quadro di reciprocità e di internazionalizzazione delle esperienze acquisite sul territorio.

- 10 -

Si auspica la creazione di banche dati capaci di raccogliere i risultati degli studi, delle ricerche e delle analisi realizzate da parte dei Comitati Etici di tutti gli enti erogatori di servizi di assistenza sanitaria, in modo da dare un apporto significativo all'attuale redifinizione del quadro normativo, in armonia con le direttive e gli orientamenti proposti in sede europea.

Attualmente è in corso di realizzazione, in collaborazione con la seconda Scuola di specializzazione in Medicina legale e delle Assicurazioni della seconda Università degli studi di Napoli e l'Istituto italiano per gli Studi filosofici l'istituzione di un "Osservatorio Etico" con funzione di riferimento e di vigilanza sul globale processo di aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale.

Senza dubbio il programma annunciato risulta ambizioso, ma le difficoltà da sormontare rappresentano uno stimolo importante all'azione costruttiva del comitato etico. Nei punti programmatici 9 e 10 sopra ricordati assume grande rilievo la valenza culturale dell'azione del comitato etico dell'ASL Napoli nel segnalare le occasioni strategicamente importanti nel graduale processo di trasformazione dell'ente pubblico. In particolare la necessità di affrontare le problematiche degli archivi

sanitari rappresenta un'opportunità per realizzare quelle prerogative di proposta e di messa a punto di programmi culturali, capaci di dare impulsi nuovi alla stessa azienda.

Discussione e conclusioni

Quanto sopra riportato consente di svolgere alcune interessanti riflessioni.

In primo luogo l'azione svolta ci auspichiamo possa essere di sprone e di riferimento ad altre aziende sanitarie operanti sul territorio nazionale nell'attuale momento di revisione legislativa dello Stato sociale del nostro paese, e di conseguenza nel processo di aziendalizzazione dei principali servizi, in modo da garantire sempre e continuativamente il rispetto dei diritti umani.

In secondo luogo, oltre all'espletamento di adempimenti di carattere amministrativo, il comitato etico dell'ASL Napoli 1 ha concentrato l'attenzione sulla nuova domanda di etica che attraversa l'attuale momento culturale. Il coinvolgimento della società civile, rappresentata da istituzioni politiche e governative, istituzioni culturali pubbliche e private, associazioni no-profit e i principali organi giornalistici e radiotelevisivi sta cercando di caratterizzare un'azione di tipo sinergico, pronta nel raccogliere tutte le spinte verso il miglioramento e la qualità globale.

Si sono infatti progettati interventi di formazione interdisciplinare e, in futuro, multimediale, atti ad esaltare il ruolo dei cittadini utenti e degli stessi dipendenti dell'ente pubblico.

Un ruolo importante in questo processo deve allora essere ricordato per quanto concerne le soluzioni possibili che l'azienda sanitaria sarà chiamata ad adottare nell'affrontare le problematiche poste dalla gestione degli archivi sanitari. Questa attività non dovrà essere mero esercizio archeologico o semplice rivendicazione di proprietà e di controllo, ma la realizzazione della speranza che l'attività culturale di studio e di ricerca possa consentire un recupero, ora più che mai necessario, di quello spirito civile e di servizio, proprio dell'assistenza sanitaria.

La rivalutazione sistematica e puntuale della memoria storica dell'assistenza sanitaria potrà infatti indicare una via per la responsabilizzazione di chi gestisce i servizi di assistenza: nessuna prospettiva di pro-

gresso e di incivilimento sarà possibile senza un collegamento con la forza della tradizione e l'irrrobustirsi della coscienza storica. Gli archivi sanitari rappresentano, in questa ottica, un patrimonio culturale, una testimonianza di vita e di storia della società, inestimabili. La loro rivalutazione e l'organizzazione scientifica della loro stessa fruizione possono sicuramente concorrere ad una più completa consapevolezza dei problemi gestionali, organizzativi e clinico-diagnostico-terapeutici.

La partecipazione del comitato etico dell'ASL Napoli 1 a questo incontro così denso di significativi contributi scientifici vuole testimoniare l'attenzione dell'azienda sanitaria alla possibile valorizzazione del patrimonio archivistico in suo possesso, in collaborazione con le istituzioni culturali dello Stato che hanno un ruolo specifico nella gestione e nella conservazione del patrimonio documentale, come le Soprintendenze archivistiche del Ministero per i beni culturali e ambientali. Si auspica, infine, che queste collaborazioni possano dare nuova spinta all'aziendalizzazione del sistema sanitario, senza mai dimenticare la verifica costante del rispetto dei diritti del cittadino utente.

Bibliografia

1 *La Carta del Comitato Etico*,a cura di P. Marotta, Edizioni Comitato Etico ASL Napoli 1, Napoli 1997.

2 *Misure per l'urgente rinnovamento della politica italiana a favore dell'assistenza sanitaria*, a cura di P. Marotta, con prefazione di G. Sciaudone, s.e., Napoli 1997.

MARIA GRAZIA PASTURA

Introduzione alla III sessione di lavoro

Nell'aprire i lavori della sessione vorrei ringraziare ancora una volta il Soprintendente per avermi rivolto l'invito a partecipare a queste giornate dense di spunti di riflessione, che come archivista ho finora seguito con il massimo interesse e che mi consentono di percepire nella sua immediatezza la complessità di una funzione cardine dell'Amministrazione archivistica, qual è senza dubbio la vigilanza, alla cui visibilità non rende certamente giustizia il sintetico e denso dispositivo della nostra legge del 1963.

Entrando nello specifico, ho la netta impressione che quello degli archivi sanitari sia un settore in cui sono presenti in modo esemplare tutti gli elementi caratteristici degli ostacoli in cui quotidianamente si imbatte chi opera per tutelare e valorizzare degnamente quella parte dello sterminato patrimonio archivistico italiano, che non ha trovato sicura ospitalità negli Archivi di Stato, ma è capillarmente distribuito sul territorio nazionale, conservato da soggetti pubblici e privati quasi sempre alle prese con oggettive difficoltà, in termini di risorse finanziarie, tecniche e organizzative, nello svolgere la delicata funzione di salvaguardia dei propri documenti, prescritta loro dall'attuale normativa.

Gli interventi che finora si sono succeduti hanno posto sul tappeto numerose questioni da cui emerge un panorama ricco e articolato, e non poteva essere diversamente. Infatti, se in questo trentennio molto si è fatto, grazie anche al costante intervento delle Soprintendenze archivistiche, è innegabile che nel campo degli archivi sanitari molto resta da costruire, sia sul versante degli archivi storici, sia su quello della corretta gestione della documentazione corrente, nell'ottica di assicurare in futuro la possibilità di conoscere la realtà odierna attraverso gli atti pro-

dotti oggi per esigenze di carattere meramente operativo. Si tratta di una delle numerose «sfide» che coinvolgono l'Amministrazione archivistica e chiunque abbia genuino interesse per le sorti della memoria documentaria, che si avvia ad abbandonare il consueto aspetto cartaceo per entrare nell'universo telematico.

Ho avuto modo di confrontarmi con analoghe tematiche nel corso del lavoro di redazione del Testo unico delle leggi sui beni culturali, che, spero, vedrà la luce in tempi ragionevolmente brevi, ed ho fondato motivo di ritenere che in quest'opera di ricognizione normativa sia possibile trovare spazi per innovazioni o interpretazioni utili a fornire la funzione della vigilanza di strumenti più efficaci e adeguati. Anche da questo punto di vista le giornate napoletane rappresentano un'occasione di verifica delle posizioni emerse nel dibattito sulla vigente legislazione archivistica. E inoltre per me, che mi appresto ad assumere la direzione della divisione vigilanza dell'Ufficio centrale, non asservi miglior preparazione a tale compito di una *full immersion* nei problemi pratici della tutela degli archivi non statali. Le nostre Soprintendenze hanno maturato, nei cinquant'anni di attività, un non trascurabile bagaglio di competenze tecniche e amministrative, oltre a una eccellente cultura della collaborazione con quanti costituiscono luoghi di conservazione e valorizzazione della propria memoria in particolare, con le Regioni e gli enti locali, che possiedono o sono in qualche modo responsabili di un patrimonio documentario non meno importante di quello conservato negli Archivi di Stato. La salvaguardia della memoria storica dell'attività ospedaliera in Italia è affidata appunto, in primo luogo, alla loro responsabilità.

Si tratta ora di proseguire su questa strada di collaborazione, che ha finora costituito un punto di forza per un'azione capillare di tutela, producendo risultati che certamente non sarebbe stato possibile raggiungere con i soli mezzi dello Stato e degli enti proprietari degli archivi. Si tratta anche di dare ampio respiro progettuale concordato agli interventi, evitando iniziative estemporanee ed episodiche. In tal senso sono pronta ad assicurare il mio costante impegno e su questi obiettivi sono certa di trovare la piena adesione dei colleghi delle Soprintendenze.

ANDREINA BAZZI

L'azione della Soprintendenza archivistica per la Lombardia per gli archivi sanitari

Ringrazio innanzi tutto la Soprintendenza archivistica per la Campania che mi ha invitato per la seconda volta a parlare ed esporre la problematica a proposito dell'ufficio che dirigo.

Nel 1982 usciva nei «Quaderni di Documentazione Regionale» il n. 10, dedicato a *Gli archivi storici degli Ospedali lombardi*, frutto di circa tre anni di lavoro da parte di ricercatori, seguiti da quattro membri del comitato scientifico, i professori Carlo Capra, Franco Della Peruta, Sergio Zaninelli e il dr. Ugo Fiorina, già reggente della Soprintendenza archivistica e poi direttore dell'Archivio di Stato di Pavia.

La pubblicazione presenta gli archivi di centinaia e centinaia di enti ospedalieri e di assistenza attivi e cessati, ciascuno con una propria scheda, in ordine per province, e all'interno di queste in ordine alfabetico per comune, e potrebbe definirsi una mappa degli archivi storici degli ospedali lombardi, la cui vigilanza rientra nei compiti della Soprintendenza archivistica.

Questa, pur con lo scarsissimo personale di cui dispone, com'è risaputo, cerca di far fronte ai problemi che gli archivi sanitari pongono ogni giorno sia per la parte antica che per quella moderna.

Le aziende sanitarie, aziende usl, ospedali... si rivolgono alla Soprintendenza archivistica per le proposte di scarto di atti, proposte che nascono dal fatto che si ritiene che quegli atti non servono più e che è necessario lo spazio che essi occupano.

Non è certo possibile concedere indiscriminatamente autorizzazioni allo scarto. Né l'opera della Soprintendenza archivistica può limitarsi a questo.

Consideriamo in primo luogo il titolario, non uniforme né negli enti

ospedalieri né nelle aziende sanitarie. In qualche ente nemmeno il titolario esiste.

Quanto ai titolari in uso presso le ussl, dagli atti d'ufficio risulta che il 17 giugno 1982 la giunta regionale - assessorato alla sanità - servizio programmazione con nota prot. 10521 si rivolgeva ai presidenti delle ussl e all'assessorato alla cultura e all'informazione, ricordando che tra i compiti dell'ussl vi era quello della conservazione degli atti nel tempo, a norma del d.p.r. del 30 settembre 1963, n. 1409 e presentava una *Proposta di titolario per il Centro Amministrativo - Organizzativo di ussl*, predisposta dalla Soprintendenza archivistica per la Lombardia ed elaborata in base alle vigenti disposizioni regionali relative all'attività delle ussl.

Si richiedeva da parte degli organi di governo delle ussl una ulteriore valutazione prima dell'adozione ufficiale da parte delle stesse.

Si trattava di una proposta soltanto, che però rappresentava un buon punto di partenza per la ricerca di uniformità, pur nella molteplicità degli archivi, espressione di vita dell'ente.

All'esame attuale della proposta ci si chiede se le serie documentarie hanno scansione annuale, pluriennale oppure si tratta di serie aperte.

La *Proposta* prevedeva titoli, categorie, classi e l'*Introduzione* era tratta dalla *Proposta di Titolario d'archivio per il Centro Amministrativo - Organizzativo di Unità Sanitaria Locale*, a cura della Soprintendenza archivistica della Toscana.

Nel settembre 1987 la dr.ssa Maria Grazia Biancardi, responsabile dell'archivio dell'ospedale S. Paolo di Milano, presentava alla Soprintendenza archivistica il titolario d'archivio, articolato in quattordici titoli, categorie e classi.

Di recente la stessa dr.ssa Biancardi ha chiesto alla Soprintendenza copia di quel titolario per poter impostare il proprio lavoro presso l'ospedale Buzzi di Milano, dove ella ora presta la propria opera.

L'8 febbraio 1990 la Soprintendenza archivistica approvava il titolario dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori, disposto in otto titoli, categorie e classi.

Detto titolario è stato elaborato dalla CA e B (Cooperativa archivisti e bibliotecari) per la parte amministrativa.

Il 20 luglio 1995 la Soprintendenza archivistica approvava in via sperimentale per due anni il titolario proposto dalla azienda usl n. 42 di

Pavia, considerando che durante tale periodo possono rendersi necessarie integrazioni o sintesi di categorie. Sono previsti dodici titoli, ripartiti in categorie, classi e fascicoli.

L'elaborazione è stata seguita attivamente dal cav. Carmine Ziccardi dell'Archivio di Stato di Pavia.

In realtà la materia è tutt'altro che semplice.

La legislazione in proposito è ancora fluttuante. La documentazione antica presso ospedali e opere pie spesso ha già una struttura più o meno consolidata; per la parte moderna si tratta di dare una struttura al complesso documentario vivo, perché vivo è l'ente, e di far rientrare in termini diplomatico-archivistici le carte in quadri generali, rispettosi della peculiarità degli enti. Quante volte l'archivista si trova ad operare su scatoloni, pile di carta, duplicati, fotocopie. . . ed allora, come insegna la norma, occorre schedare. Dalla schedatura ancora informe si passa ad una più puntuale e si ricostituiscono le serie di atti omogenei, per poi arrivare a definire le serie fondamentali (direttive) dell'archivio.

Con particolare interesse ho seguito questo tipo di lavoro per l'archivio della Casa di riposo per vecchi e inabili di Lodi (ex IPAB).

Si sono resi necessari diversi incontri con le riordinatrici dr.sse Mariasilvia Cortelazzi, Simona Cesarini e Bianca Samarati, anche in loco, per constatare le condizioni dell'archivio, per dare suggerimenti e incontrare gli amministratori.

Si sono potute evidenziare undici categorie e sessantasette classi all'interno delle categorie, di modo che la massa informe degli atti, costituitasi nell'arco di centotrenta anni, e in particolare dal 1939 in poi ha acquistato una fisonomia.

Di pari passo si è proceduto a riunire il materiale da proporre alla Soprintendenza archivistica per lo scarto, per il quale l'approvazione è certa.

La stessa dr.ssa Cortelazzi, la quale all'inizio della sua attività era stata borsista per un anno presso l'archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, è stata proposta come consulente per lo studio del titolario della usl di Busto Arsizio.

Vi è già stata una riunione in Soprintendenza archivistica coi responsabili del protocollo e la dr.ssa Cortelazzi che insieme avevano cercato di fotografare la situazione, per poi dare una struttura organica alla do-

cumentazione prodotta e ricevuta, rispettando le competenze degli uffici.

Posso dire che si è lavorato bene, e si deve proseguire, altrimenti ci troveremo con scantinati zeppi di carte che non si conoscono affatto.

Oggi è una caratteristica delle istituzioni sanitarie il loro continuo assestamento, per competenze e funzioni, accorpamenti e scorpori. Tutto ciò rende più faticosa l'elaborazione di un titolario.

Tra gli strumenti elaborati ricordo uno *Studio di fattibilità per la gestione dell'archivio delle cartelle cliniche dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano a cura della CA e B di Milano* e compilato alcuni anni orsono.

Il problema in questo caso per la cura del paziente, per la circolarità delle informazioni non si risolve soltanto con copie cartacee o con microfilm, videodisco ecc. delle cartelle cliniche, ma si deve pensare ad informazioni cliniche direttamente su supporto magnetico. Grazie all'informatizzazione dei dati sarebbe possibile disporre della stessa informazione in luoghi diversi.

Per la vigilanza sugli archivi sanitari la Soprintendenza archivistica si avvale della collaborazione del cav. Carmine Ziccardi già ricordato, referente della stessa nella provincia pavese. In particolare, egli si occupa con ispezioni e sopralluoghi degli archivi delle ussl di Pavia, Vigevano, Voghera e fa parte della commissione istituita sull'archivio del policlinico S. Matteo, istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. A questo ente devo fare dei riferimenti.

Già negli anni '80 è iniziata un'opera di sensibilizzazione del personale medico e paramedico dell'ente, con visite a tutti i reparti, ambulatori e cliniche. Vi sono stati incontri con direttori di cliniche e personale addetto ai singoli archivi (meglio spezzoni di archivio), infermieri e capo sale.

Dopo diversi anni, il che è prova di maturazione di coscienza archivistica, e in considerazione della complessità dell'istituto si è elaborato un titolario, si è arrivati pure ad un regolamento, approvato dal Ministero della sanità, per il quale si prevede anche una semplificazione della documentazione archivistica (ad es. validità per due anni della cartella clinica). Nel regolamento delle procedure ci si è preoccupati di seguire le pratiche delle tre direzioni amministrativa, sanitaria e scientifica dall'origine all'archiviazione.

Si è costituito ora un archivio centralizzato in appositi ambienti, con attrezzature antincendio, spegnimento automatico d'incendio, moderne scaffalature, controllo di umidità e temperatura...

Nel 1993 nel mese di marzo il servizio tecnico dello stesso policlinico presentava alla Soprintendenza archivistica documentazione e specifiche tecniche relative al sistema di archiviazione compatta su carrelli mobili per la realizzazione del deposito delle cartelle cliniche nell'area «Emiciclo di Pediatria».

Si richiedeva in via preventiva il parere favorevole della Soprintendenza archivistica prima di procedere alla progettazione definitiva del deposito di archivio. L'aver predisposto lo spazio, aver progettato l'utilizzo, aver interpellato la Soprintendenza archivistica, aver informato il referente presso l'Archivio di Stato di Pavia mi sembra positivo.

Con un breve accenno alla struttura degli archivi ospedalieri, ricorderò in proposito quella data da Pio Pecchiai all'archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano. Questi all'inizio del secolo (1909-1931), dopo il danno provocato all'archivio da Carlo Giuseppe Borbone, che volle riordinarlo «per materia», cercò di ricomporre con prudenza fondi e unità come dovevano essere prima dello scompaginamento degli atti provocato dal Borbone.

Pecchiai separò il complesso documentario in due sezioni: *Storica* e *Amministrativa*, ponendo la cesura del 1863, anno di inizio del nuovo sistema amministrativo delle opere pie secondo le leggi del regno d'Italia e l'istituzione del *Consiglio degli Istituti Ospedalieri di Milano*. La sezione storica si compone di XIII titoli, classi, nelle quali gli atti sono ripartiti in serie aperte.

Ho voluto ricordare questa struttura ancor oggi non modificata, e che anzi è passata con le dovute modifiche ad altri enti ospedalieri in Milano (archivio ospedale Gaetano Pini) e lombardi.

Vi contribuì forse il pregevole per il suo tempo *Manuale pratico per gli archivisti* Milano, Hoepli, 1928 II, dello stesso Pecchiai e l'opera di impiegati nell'archivio ospedaliero che portarono il tipo di struttura della propria sede di lavoro ad archivi di altri enti in cui erano chiamati a lavorare. Così ad es. numerosi archivi di opere pie che si trovano presso l'ospedale di Vigevano furono riordinati e sistemati, non però inventariati, da un impiegato dell'archivio Ospedale Maggiore. Tali archivi di opere pie sono stati di recente inventariati e quattro inventari (o.p.

delle doti, a. 1599-1971; pio Istituto dei poveri De Rodolfi, a. 1535-1969; Monte di pietà, a. 1528-1965; orfanotrofio Riberia, a. 1603-1972) hanno ricevuto l'approvazione della Soprintendenza archivistica. L'inventariazione è stata possibile grazie ad un quadro generale di classificazione degli atti.

Riprendiamo ora l'argomento dello scarto, poiché numerose sono le proposte da esaminare in Soprintendenza archivistica da parte di ospedali, aziende sanitarie, usl. È evidente che giustificazioni alla proposta del tipo: mancanza di spazio, atti inutili... non sono assolutamente valide, come si è detto subito all'inizio di questa relazione.

Occorre a volte accertare la reale situazione dei documenti con sopralluoghi, poiché non basta l'invio di campioni di atti. Bisogna aprire pacchi e sacchi, far recuperare materiale già destinato allo scarto e insistere perché vi si trovi una collocazione.

Nel corrente anno la Soprintendenza archivistica ha esaminato fino al mese di novembre oltre sessanta proposte di scarto, voce per voce, e provenienti da enti ospedalieri, aziende sanitarie, aziende usl, istituti di ricerca.

Nel 1993 le proposte sono state settantatré per ussl e nove per ospedali; nel 1994 le proposte sono state sessantotto per ussl e dieci per ospedali; nel 1995 le proposte sono state cinquantasette per ussl e sei per ospedali.

Il controllo si estende su quanto dichiarato, rispetto al peso nel verbale rilasciato dalla CRI o da un ente di beneficenza, di modo che vi sia corrispondenza o almeno una differenza accettabile tra peso dichiarato e quello accertato, giacché vi può essere un calcolo approssimativo del peso durante la stesura dell'elenco. In linea generale, per lo scarto ci basiamo sul massimario dell'ex INAM. È un punto di partenza, nemmeno conosciuto da tutte le aziende e ospedali. Dopo lo studio degli atti, ci dobbiamo regolare molto per analogia.

Per l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori, già istituto Vittorio Emanuele III (inaugurato nel 1928) troviamo un *Massimario di scarto degli atti amministrativi*, approvato dalla Soprintendenza archivistica all'inizio del 1990, sul modello di un censimento degli atti, con indicazione della conservazione degli stessi, perenne, per dieci anni, per cinque, tre, uno.

È stato compilato dalla CA e B, Cooperativa archivisti e bibliote-

cari di Milano, già citata, la quale ha elaborato pure un censimento de *Gli atti di archivio. Elenco delle serie amministrative e cliniche presso la ussl n. 14 di Merate.* Tale elaborato è stato approvato dalla Soprintendenza archivistica in data 28 ottobre 1992, prot. 2833/VIII.5, in via provvisoria per due anni, e vale pure come massimario di scarto.

Un analogo lavoro la CA e B lo ha elaborato per l'ospedale di Rho. Per questo non c'è stata una vera e propria approvazione formale, essendo la compilazione sul modello di Merate.

Circa lo scarto, data la molteplicità degli atti presso gli enti sanitari, l'esame degli stessi avviene considerandone validità ed efficacia nel tempo ed il loro valore sotto l'aspetto storico. Sono stati posti dalle USSL alla Soprintendenza archivistica diversi quesiti, cui si è cercato di rispondere, ragionando per analogia. È il caso delle cartelle pediatriche ambulatoriali (in realtà non cartelle, ma schede) e delle schede provenienti dagli ambulatori dell'ex ONMI. E poiché non sono senz'altro vere cartelle cliniche, compilate in ambiente ospedaliero, si ammette lo scarto dopo dieci anni dall'ultima compilazione e si tengono dei campioni.

Per la documentazione presso i pronto soccorso (registri dei giunti cadaveri, referti all'autorità giudiziaria, fogli di rimandi a varie specialità mediche e chirurgiche...) si è fatto un quesito al Ministero, ufficio centrale per i beni archivistici. Pure le schede di valutazione di medicina sportiva sono state oggetto di esame in loco e di colloqui con il direttore sanitario. Si è concluso che esse, poiché hanno un'efficacia giuridico-amministrativa limitata a un anno, possono scartarsi dopo cinque anni, come previsto dalla legge regionale, pubblicata in G.U. 19 febbraio 1986, tenendo però dei campioni. Detta scheda è stata trasmessa all'ufficio centrale, div. III.

Poiché l'esame degli atti ed il controllo delle proposte di scarto è piuttosto dispersivo, si è pensato, affidandone l'incarico alla dr.ssa Anna Maria Andriola della Soprintendenza archivistica per la Lombardia, di studiare nell'ambito di un software generale per i massimari di scarto, l'inserimento per ora, riguardo agli atti provenienti dagli enti sanitari, di quanto è possibile scartare per analogia, o a seguito di risposte a quesiti, e di quegli atti per i quali vi è una buona sicurezza di non perdere informazioni, che in un domani potrebbero rilevarsi utili.

Quando vi sarà un massimario ufficiale di scarto o almeno ufficioso,

si potrà mandare il relativo dischetto ad aziende sanitarie, aziende locali, ospedali lombardi...

Sarà un vantaggio per gli enti stessi oltre che per chi deve vagliare le proposte di scarto.

Con maggiore tempo a disposizione, risparmiato mediante l'uso del software, si potrà esaminare e meglio controllare con sopralluoghi e contatti personali la documentazione già al momento della produzione.

Quanto all'attività didattica per il personale amministrativo ospedaliero, nel 1993 la CA e B, che opera in collaborazione con la Soprintendenza archivistica, ha tenuto un breve corso di sei incontri presso l'ospedale S. Carlo di Milano che lo aveva richiesto, con programma relativo al protocollo ed archivio corrente amministrativo, tenuta degli atti, scarto, come da programma allegato. Il soprintendente, che aveva seguito l'impostazione del corso, ha tenuto soltanto la lezione introduttiva di archivistica generale e legislazione in proposito.

Il corso è stato frequentato da quindici persone, funzionari ed impiegati direttivi, appartenenti ai servizi di segreteria, economato, tecnico, affari generali e scuola infermieri.

Io ritengo, in base all'esperienza fatta, che corsi di questo genere sarebbero necessari. Occorre però affidarli ad esperti e seguirli, di modo che si possa raggiungere, nell'arco di non molti anni un risultato di buona tenuta e conservazione degli archivi, con la necessaria selezione degli atti. Prima ancora occorre sensibilizzare gli amministratori, presidenti di aziende sanitarie, aziende locali, ospedali... persuadendoli della validità del progetto che impegna risorse umane e finanziarie.

Può sembrare che io insista sulla parte corrente dell'archivio: non è così. Mi preoccupo a ragione della parte storica, su cui si può intervenire in modo diverso, con particolare competenza diplomatico-archivistica. La parte contemporanea, la più ampia, deve essere tenuta sotto controllo, perché si corre il rischio di tenere valide a conservazione perenne carte che dopo breve tempo hanno esaurito la loro efficacia giuridico-amministrativa e non hanno valore da un punto di vista storico e viceversa, oppure si rischia, e l'ho constatato, di scaricare cartelle cliniche, anche microfilmate e però in precedenza non revisionate, e carteggi in scantinati, dove poi non si sa nemmeno che cosa si conserva.

Programma corso protocollo e archivio corrente degli atti amministrativi dell'ente ospedaliero S. Carlo Borromeo

Gli incontri si terranno presso la sede messa a disposizione dalla segreteria generale dell'ente con inizio alle ore 14,00

giovedì 21 gennaio

relatore: *Dott.ssa* Andreina Bazzi

Presentazione temi generali del corso, elementi di archivistica generale, teoria e legislazione di archivi di enti pubblici.

martedì 26 gennaio

relatore: *Dott.* Claudio Minoia

Protocollo, registrazione e trascrizione atti.

Saranno affrontati i temi della registrazione della catena documentaria e degli indici delle operazioni di protocollo.

giovedì 28 gennaio

relatori: *Dottori* Claudio Minoia e Paolo Pozzi

Fascicolo e documento contemporaneo

Si esamineranno le fonti giuridiche degli atti e dei procedimenti di cui verranno descritti tipologie ed elementi costitutivi. Saranno inoltre trattati i seguenti temi: l'unità archivistica/fascicolo, la descrizione archivistica e i criteri di tenuta degli atti.

martedì 2 febbraio

relatore: *Dott.* Claudio Minoia

Classificazione, titolario degli atti e repertorio

Si approfondiranno temi quali la redazione del titolario degli atti di archivio e i criteri per la classificazione dei documenti.

giovedì 4 febbraio

relatore: *Dott.* Paolo Pozzi

Tenuta degli atti e scarto

Saranno esemplificati i criteri di costituzione dell'archivio di deposito, i principi dell'ordinamento degli atti, la riproducibilità e tenuta dei documenti amministrativi.

martedì 9 febbraio

relatori: *Dottori* Claudio Minoia e Paolo Pozzi

Esame di case study relativi al settore della sanità

Si esamineranno anche su proposta dei partecipanti al corso alcuni esempi pratici di archiviazione, classificazione e ordinamento degli atti. Saranno inoltre trattati casi specifici relativi ad archivi di settore.

MARIA PARENTE

L'archivio dell'ospedale psichiatrico di Colorno

Prima di illustrare la situazione dell'archivio dell'ospedale psichiatrico provinciale di Parma, che ha sede a Colorno, e il progetto per la sua sistemazione ed inventariazione (che dovrebbero essere il primo passo per la sua valorizzazione), messo a punto a suo tempo e su richiesta del presidente della Provincia da parte di chi Vi parla, dell'archivista dell'archivio storico comunale di Parma, sig. Roberto Spocci, e da un libero professionista, la sig.ra Marzia Moreni, sarà opportuno un breve cenno sulla storia dell'istituzione e del trattamento riservato nel corso del tempo ai malati di mente a Parma[1].

La presa di coscienza della malattia mentale e la creazione di luoghi appositi di ricovero e cura negli ex ducati di Parma e Piacenza non va più indietro della seconda metà del secolo XVIII. Un interessante manoscritto, datato 17 marzo 1762 ma purtroppo anonimo (redatto sotto il ducato di Filippo di Borbone e quindi in pieno clima riformistico cui a Parma darà particolare impulso l'opera del ministro Guglielmo Du Tillot), e conservato nell'Archivio di Stato di Parma[2], tratta dello stato degli alienati e dei provvedimenti relativi che si credeva indispensabile prendere, notando che tra i molti ospedali allora esistenti a Parma, non ce n'era uno per «i poveri pazzi» e si proponeva di trovare i fondi

[1] Ci si è basati principalmente sui due studi di F. Ugolotti, *L'assistenza degli alienati e i loro ospedali di ricovero in quel di Parma*, Parma 1907; Id., *L'assistenza degli alienati ed i loro ospedali di ricovero nel territorio di Parma*, in «Note e riviste di psichiatria», LXII (1933), 1-2. Di qualche utilità anche I. Paoletti, *Studi e ricerche sulla medicina nel Ducato di Parma all'epoca di Maria Luigia*, in «Aurea Parma», XLVI (1962), pp. 229-232; *«Con gli opportuni rimedi». Vicende di folli a Parma dall'antico regime all'età napoleonica (1749-1814)*, estratto da «Quaderni storici», 53, XVIII, 2, pp. 553-577.

[2] Archivio di Stato di Parma (...).

necessari «al mantenimento di un serraglio di venti o trenta persone». Soltanto verso la fine del 1792, però, fu adattata a ricovero dei pazzi una casa di proprietà dell'ospedale della Misericordia (ancor oggi visibile) nell'attuale via d'Azeglio, di fronte all'ex ospedale, ora Archivio di Stato: si trattava di poche e piccole stanze, prive di aria e di luce, dove i ricoverati, spesso legati su letti di legno, nutriti degli avanzi del cibo somministrato agli ammalati dell'ospedale della Misericordia e quasi mai visitati dai medici, ben presto finivano per morire di scorbuto.

Questa situazione durò sostanzialmente fino alla presa del potere da parte di Maria Luigia d'Austria, che giunse a Parma nel 1816. Durante il precedente periodo napoleonico si era deciso di adibire a manicomio l'ex convento dei Minimi, ma non se n'era poi fatto nulla. È interessante notare che nel *Regolamento di Polizia amministrativa*, all'art. 4, n. 6, si assegnava alla polizia locale principalmente l'obbligo di vigilare «sui pazzi e animali nocivi che vanno attorno»[3].

Il 14 febbraio 1818 Maria Luigia, volendo «migliorare senza ritardo il destino di quegli infelici», deliberava di nominare una commissione per individuare il luogo più idoneo in cui allogare il nuovo ospedale per i mentecatti. La scelta cadde, il 18 giugno 1818, sull'ex convento di San Francesco di Paola, posto in Strada Maestra di Santa Croce (ora via d'Azeglio) e i lavori di adattamento furono affidati all'ingegner Giuseppe Cocconcelli. Il 9 settembre 1819 fu emanato il «Regolamento per l'Ospedale di San Francesco di Paola», in cui si dettavano le norme, semplici e umane, circa l'amministrazione, la cura e l'assistenza agli ammalati di mente[4]. Il 10 settembre dello stesso anno entravano i primi ammalati, mentre agli inizi di ottobre Maria Luigia mandava a Napoli, perché imparasse dal Linguiti nel manicomio di Aversa, il dottor Gaetano Buccella; morto questi il 30 aprile 1821, fu mandato a Napoli il dottor Francesco Ramolini, il quale vi stette circa sette mesi, dal luglio 1821 al febbraio dell'anno seguente, e presentò al ritorno a Parma un'ampia relazione su quanto osservato ad Aversa e nella quale espresse le proprie impressioni, che non furono comunque del tutto favorevoli. Con ogni probabilità, Maria Luigia stessa visitò il manicomio di Aversa

[3] *Raccolta generale delle leggi per gli Stati di Parma, Piacenza e Guastalla, 1815, 2° semestre*, pp. 74-78.

[4] *Ibid.*, 1818, pp. 202-203.

nel 1819: in quell'anno, infatti, essa compì un viaggio nel regno delle Due Sicilie[5].

Il 29 aprile 1822 un decreto ducale stabiliva che il nuovo ospedale di San Francesco fosse dichiarato «spedale centrale pei pazzerelli di tutti i nostri Stati» e che fosse ampliato fino ad accogliere novanta infermi[6].

Dal 1830 comincia la crisi, soprattutto conseguente alla mancanza di spazio e di attrezzature idonee per dar ricovero ad un sempre maggior numero di infermi, tra cui gli affetti da pellagra: le relazioni tecniche e i lavori di adattamento si susseguivano senza soste, senza però trovare una soluzione definitiva; si dovette abbandonare, per mancanza di fondi, anche il progetto di un ospedale completamente nuovo. L'ospedale fu anche temporaneamente chiuso, dal 15 settembre 1854 fino al dicembre 1855, ed i pellagrosi deliranti furono ospitati nell'ospedale della Misericordia.

Venne infine l'annessione al regno d'Italia e, con essa, la legge del 20 marzo 1865 per l'unificazione amministrativa del regno, con la quale si obbligava ciascuna provincia a provvedere all'assistenza ed alla cura dei propri mentecatti poveri: quindi l'ospedale di San Francesco diventò il manicomio della provincia di Parma, e l'ente Provincia ne ereditò i problemi e dovette pensare subito al modo di risolverli. Dapprima si ipotizzò, da parte dell'amministrazione provinciale, il ricovero dei matti nel manicomio di Reggio Emilia e nel 1865 si incominciarono le relative pratiche, che però andarono a vuoto.

Nel frattempo fu nominata una commissione presieduta da un illustre clinico, il professor Salvatore Riva, perché valutasse la possibilità di adibire a manicomio il palazzo ducale di Colorno (che era passato al demanio) e le sue adiacenze. Il parere del Riva fu negativo, ma favorevole fu quello di tutti gli altri componenti la commissione.

Il 16 aprile 1868 fu nominata una seconda commissione per valutare l'adattabilità della villa ducale di Sala Baganza o rivedere i giudizi su Colorno. Furono successivamente scartate tanto la costruzione di un manicomio *ex novo*, quanto l'ampliamento di San Francesco e l'associa-

---

[5] Cfr. G. PARENTE, *Storia delle vicende ecclesiastiche della città di Aversa*, vol. II, p. 334. Napoli, Cardamone, 1857 (rist. anast. Aversa, Macchione, 1986).

[6] *Raccolta generale delle leggi per gli Stati di Parma, Piacenza e Guastalla, 1822, 1° semestre*, pp. 52-54.

zione col manicomio di Reggio e si ritornò al progetto di riadattamento del palazzo di Colorno come il più economico.

Malgrado il parere negativo espresso da più parti, compresi i clinici dell'Università — tra cui famoso il professor Inzani — e malgrado il susseguirsi di vari studi, l'epidemia di colera scoppiata a Parma nel 1873 costrinse gli amministratori a trasferire i pazzi nell'ex palazzo ducale di Colorno e nell'ex convento di San Domenico ad esso attiguo. Avrebbe dovuto essere una soluzione temporanea, ma siccome in Italia nulla è più definito del provvisorio, nella seduta del 5 settembre 1877 il consiglio provinciale deliberò che l'ex palazzo ducale e l'annesso ex convento dei Domenicani fossero definitivamente adibiti a manicomio provinciale, destinazione che mantengono ancor oggi, anche se su questa permanenza, ormai più che secolare, moltissime voci si siano levate, di tempo in tempo, per denunciarne l'inadeguatezza e le commissioni si siano succedute le une alle altre per proporre soluzioni più consone al progredire della scienza e della tecnica psichiatrica. Per esempio, nel 1915 si deliberò l'acquisto di un podere ad Antognano di Vigatto, alle porte di Parma, per costruirvi *ex novo* l'ospedale che, nelle intenzioni degli amministratori, avrebbe dovuto essere il *non plus ultra* per l'assistenza e la cura dei malati di mente; ma la guerra prima, e la vendita del podere poi (1923), impedirono ancora una volta la risoluzione del problema.

A poco giovò anche la costituzione a Parma, nel 1927, della regia Clinica neuropsichiatrica, a seguito delle nuove leggi sull'insegnamento universitario, con una convenzione tra l'amministrazione dell'ospedale civile, quella della Provincia e l'Università: veniva così a risolversi il problema dell'insegnamento della neuropsichiatria, ma non certo quello dell'assistenza e cura degli infermi di mente della provincia, la struttura della clinica potendo dar ricovero a trenta-quaranta malati, di fronte agli ottocento ricoverati a Colorno.

La situazione logistica appena delineata si è mantenuta sostanzialmente immutata — fatti salvi gli ovvi e necessari adeguamenti dei locali — fino ad oggi; soltanto la legge sulla neuropsichiatria del 1978, con l'affermazione dei nuovi principi sulla cura esterna e domiciliare di molte affezioni psichiche, ha contribuito a far calare il numero dei ricoverati alle attuali poche decine di persone.

L'archivio storico dell'ospedale psichiatrico è attualmente allogato in una sezione manicomiale dismessa, sita all'ultimo piano del vecchio con-

vento dei Domenicani, in locali cui è stato dato l'incongruo nome di «Paradiso». Il primo lavoro affrontato è stato, ovviamente, quello di procedere ad una «energica» igiene ambientale, ivi compresa la rimozione di tutto ciò che assolutamente non poteva definirsi «documento», e quindi — oltre a mobili ed attrezzature fuori uso — di stampati e di modulistica in bianco, di giornali e pubblicazioni varie, fotocopie e simili.

Poi si è avuta cura di radunarvi tutta la documentazione fino al 1978 (data della legge Basaglia), sparsa in vari locali, procedendo all'ispezione completa di tutto l'immobile, cantine e soffitte ivi comprese: questo ha portato al ritrovamento dei protocolli della corrispondenza relativi agli anni del fascismo e della seconda guerra mondiale, prima conservati in un armadio di uno studio medico, e di alcune cassette di documenti, abbandonate nei sottotetti, e di cui non si potrà stabilire né la natura né l'eventuale rilevanza a fini storici finché non saranno state disinfestate, visto che erano coperte di guano di piccioni. Infine si è proceduto alla individuazione delle serie ed al loro accorpamento, in attesa di poter procedere ai lavori di riordino e di inventariazione.

È qui il caso di sottolineare che l'archivio dell'ospedale psichiatrico può suddividersi in due settori ben distinti: quello più strettamente sanitario e quello amministrativo e tecnico, a loro volta suddivisi in documentazione storica (e si è considerata storica quella prodotta fino al 1978) e documentazione di deposito e corrente.

Dal punto di vista storico-archivistico, le cartelle cliniche costituiscono senz'altro la parte più interessante dell'archivio dell'ospedale psichitrico. Attualmente formano una serie doppia, distinta a sua volta in altre due: cartelle mediche cessate o storiche, perché il ricoverato è defunto o dimesso definitivamente o è passato molto tempo dall'ultimo ricovero; e cartelle cliniche degli ammalati ancora ricoverati o appena dimessi. In entrambi i casi, sono distinte in due sottoserie: per gli uomini e per le donne, ed ordinate alfabeticamente. La serie delle cartelle cliniche cessate è conservata in armadi a cartelle sospese e viene accresciuta regolarmente quando cartelle dei ricoverati defunti o dismessi vi vengono trasferite dall'archivio delle cartelle cliniche «correnti». Le più antiche, a giudicare dalle campionature effettuate, sembrano risalire al 1853, quando ancora l'ospedale psichiatrico aveva sede a Parma, ed assommano a circa 7.700; non si è potuto stabilire se l'archivio delle cartelle cliniche sia nato con l'attuale ordinamento alfabetico, ovvero se

questo sia posteriore ad una originaria conservazione «cronologica», come si verifica nell'archivio dell'ospedale psichiatrico di Pesaro, per esempio, e in altri dell'Emilia Romagna (Reggio Emilia, Bologna, Imola, Ferrara), dove le cartelle sono conservate distinte per anno di ricovero. Si è anche messo a punto un progetto di schedatura delle cartelle cliniche — ovviamente con l'ausilio dell'elaboratore elettronico — in cui inserire, oltre ai dati anagrafici, la data del primo e dell'ultimo ricovero (ovvero la provenienza da o le dimissioni verso un altro istituto) e la data e il luogo di morte (interna o esterna all'ospedale psichiatrico). La presenza di quest'ultimo elemento è molto importante perché costituirà il filtro attraverso il quale, durante la consultazione dell'inventario su supporto elettronico, si potranno immediatamente individuare quelle cartelle che, rispondendo ai limiti cronologici previsti dalla normativa in vigore per la documentazione relativa alle situazioni di private persone, potranno essere date liberamente in consultazione agli studiosi non medici; va da sé che la consultazione di tutte le cartelle cliniche è libera per motivi di studio e professionali da parte del personale medico della struttura. Lo strumento di corredo è, infatti, utile soprattutto come mezzo di ricerca per gli «addetti ai lavori».

Si è deciso anche, contrariamente a quanto avviene in altre strutture sanitarie, di conservare tutti i «giornali delle consegne» — i più antichi dei quali sembrano risalire agli anni della seconda guerra mondiale — perché permettono una lettura diacronica della vita ospedaliera. Oltre ai dati complessivi relativi a uomini e donne ricoverati e alle relative terapie, giorno per giorno veniamo a conoscere fatti anche gravi riguardanti i singoli individui e i loro rapporti con gli altri ricoverati o con il personale medico e infermieristico: chi defunge, chi tenta la fuga o il suicidio (a volte riuscendoci), chi aggredisce compagni di sventura o il medico curante, chi dev'essere ricoverato d'urgenza in ospedale per i più vari incidenti, dai banalissimi attacchi d'appendicite all'ingestione degli oggetti più disparati.

Oltre a queste serie più strettamente sanitarie, nel «Paradiso» è stata raccolta tutta l'altra documentazione prodotta e ricevuta dall'ospedale, a cominciare dal carteggio amministrativo e dai relativi protocolli, dai fascicoli del personale in servizio e da tutta la documentazione contabile, che permete di rilevare origine e destinazione delle risorse economiche della struttura manicomiale. A proposito di questa documentazione più

propriamente amministrativa, particolare cura dovrà essere posta nel riordino di quella relativa all'ufficio tecnico, in quanto attraverso di essa si possono ricostruire le trasformazioni e gli adattamenti di un immobile di primario interesse storico-artistico-architettonico: non va dimenticato che per gran parte l'ospedale psichiatrico si è sviluppato, almeno fino al 1978, nei locali dell'ex palazzo ducale di Colorno, che è sempre stato considerato la Versailles dei duchi di Parma.

Si crede opportuno, alla fine di questa breve trattazione, avvertire che se si vogliono integrare i dati utili alla ricostruzione della storia della malattia mentale in provincia di Parma, non si potrà prescindere dal riordino e dall'inventariazione di un'altra fonte documentaria anch'essa molto interessante e strettamente collegata con quella dell'ospedale psichiatrico: si tratta della parte più cospicua del titolo II «Beneficienza» dell'archivio della Provincia di Parma ed è costituita dalle cosiddette «Cartelle amministrative» (attualmente conservate nell'archivio di deposito della Provincia di Parma, sito in piazza Ghiaia)[7]. Queste cartelle contengono generalmente, oltre agli atti deliberativi con cui i pazienti furono ammessi all'assistenza gratuita, anche una serie di documenti come: ordinanze del tribunale, certificati di medici, lettere di parroci e stati di famiglia. L'interesse è principalmente di tipo sociologico, in quanto ci permettono di leggere, per esempio, l'intensità e la distribuzione della povertà nella provincia di Parma e di integrare i dati delle cartelle cliniche dell'ospedale psichiatrico; si deve sempre tener presente, infatti, che non tutti i ricoverati dell'ospedale di Colorno erano in carico alla Provincia di Parma, e viceversa molti pazienti, soprattutto fanciulli subnormali in carico alla Provincia, non erano ricoverati a Colorno bensì nell'istituto di Sospiro, in provincia di Cremona.

Data quindi la ricchezza e la varietà delle informazioni trasmesseci da queste peculiari tipologie documentarie, si può ben dire che, una volta portata a termine la necessaria opera di riordino ed inventariazione, verrà messa a disposizione degli studiosi una fonte di primario interesse, non soltanto per la storia della medicina, ma in senso più ampio per tutta la storia socio-economica di Parma e della sua provincia negli ultimi centocinquant'anni.

---

[7] Le «Cartelle amministrative» dei pazienti, dopo il 1978, sono conservate in locali ben distinti della struttura ospedaliera di Colorno e gestite direttamente dai competenti organi regionali.

PAOLA BOZZANI

Le recenti trasformazioni istituzionali degli enti sanitari e la vigilanza archivistica: il caso della Puglia

I tre decreti legislativi (d.lg. del 30 dicembre 1992, n. 502, d.lg. del 7 dicembre 1993, n. 517 di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché d.lg. del 30 giugno 1993, n. 266 di riordino del Ministero della sanità come modificato dal d.p.r. dell'1 agosto 1996, n. 518) con cui il governo ha attuato la delega conferitagli dalla l. 23 ottobre 1992, n. 421 per la riforma della sanità[1], hanno avviato un processo di trasformazione dell'organizzazione interna degli enti sanitari e delle procedure da questi adottate più profondo di quello che non appaia, un processo laborioso e complesso per la cui attuazione sarà certamente necessario un tempo più lungo rispetto ai tre anni previsti dalla stessa normativa e che, come tutti i processi di trasformazione istituzionale, porrà nuovi problemi in relazione alla gestione e alla conservazione degli archivi. I provvedimenti riordinativi del 1992-93 non hanno modificato i principi posti a base dell'istituzione del servizio sanitario nazionale (ssn), ed in primo luogo la salvaguardia della salute, considerata quale bene sociale, «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»[2] realizzata attraverso un sistema pubblico articolato in un complesso di strutture,

[1] La riforma del sistema sanitario nazionale va inquadrata nel più ampio processo di trasformazione che ha investito in questi anni la pubblica amministrazione, processo che, avviato alla fine degli anni '80, ha subito una notevole accelerazione in questo decennio anche a causa delle urgenze imposte dalla necessaria azione di risanamento della finanza pubblica. La razionalizzazione, che ha avuto come punti cardine le leggi 241/90 e 421/92 nonché il d.lg. 29/93 ha riguardato l'intero assetto dell'organizzazione amministrativa in quanto «ogni tentativo di risanamento della finanza pubblica presuppone il risanamento dell'amministrazione, cioè dello strumento necessario per la realizzazione di qualsiasi programma e per il perseguimento di qualsiasi obiettivo». Cfr. E. Di Gianbattista, *Un 1993 difficile per la pubblica amministrazione*, in «Ragiusan», 1994, 123-124, p. 7.

[2] art. 32 c. 1 della costituzione.

servizi e attività «destinato al mantenimento, alla promozione, ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini davanti al servizio»[3].

Molto diverso da quello attuale era, tuttavia, il modello funzionale che la legge 833/78 delineava per le strutture operative destinate «alla gestione unitaria della tutela della salute»[4] — le unità sanitarie locali — e, più complessivamente, per il sistema deputato all'erogazione delle prestazioni assistenziali e sanitarie. Il diritto alla salute concepito come «assoluto e universale», quasi avulso dal contesto reale in cui doveva realizzarsi, assumeva una connotazione «politica» che ha prevalso, nella scelta delle soluzioni istituzionali, sulla necessità di sviluppare una «cultura del servizio», favorendo l'affermarsi di un modello istituzionale basato sull'affidamento delle strutture sanitarie ad organismi politico-rappresentativi. In questo modo si dava l'avvio a quel processo di commistione tra politica e gestione che ha provocato l'utilizzo del potere decisionale per perseguire obiettivi di consenso politico più che una reale funzionalità del sistema[5].

In altre parole la soluzione adottata non teneva nella giusta considerazione che il cittadino nei confronti del servizio sanitario è, prima di tutto, un utente interessato, piuttosto che alla democraticità della gestione, ad usufruire di servizi efficienti ed efficaci anche dal punto di vista dei tempi e della qualità.

Il modello strutturale — che poneva al vertice della unità sanitaria locale un «presidente», nominato da un comitato di gestione, eletto a sua volta dall'assemblea generale costituita dal consiglio comunale (quando la usl comprendeva il territorio di un solo comune) o dall'as-

---

[3] art.1, c. 3, l. 23 dicembre 1978, n. 833.

[4] *ibid.*, art. 10, c. 1.

[5] «Nessuna cura quindi da parte del legislatore della riforma sanitaria del 1978 per una corretta separazione tra indirizzo politico e gestione amministrativa. Non solo. Addirittura confusione di ruoli fra politici e tecnici e mancato riconoscimento delle professionalità sanitarie», così si esprime in proposito N. Longobardi nell'articolo: *La nuova organizzazione delle unità sanitarie locali*, in «Sanità pubblica», 1994, 10-11, p. 1188 e con maggiore crudezza Loraschi: «Nel regime Usl, la procedura di elezione in doppio grado consentiva alle segreterie dei partiti di accordarsi sulla nomina dell'organo cui erano riservati tutti gli atti di amministrazione: il comitato di gestione. Quasi tutti i partiti colsero l'opportunità di questo meccanismo per impossessarsi di un'altra potente macchina elettorale...». G.C. Loraschi, *Politica, organizzazione e sistemi informativi in materia sanitaria*, in «Amministrare», 1995, 1, pp. 39-40.

semblea generale dell'associazione dei comuni o della comunità montana (nel caso che la usl insistesse sul territorio di più comuni) — trasferiva, infatti, alla sanità il tipico sistema di amministrazione degli enti locali, riservando tutti gli «atti di gestione» agli organismi politici «con riduzione dell'autonomia decisionale degli organismi tecnici e con la nascita di processi di "interferenza politica" sulla gestione»[6].

Forti ambiguità erano già presenti nella definizione — priva di una specifica classificazione nell'ambito del diritto amministrativo — della usl, come «struttura operativa dei comuni singoli ed associati, e delle Comunità montane»[7], ambiguità che, in assenza di una più chiara definizione giuridica contestuale o successiva, non mancarono di provocare un ampio dibattito in dottrina[8], e «molti problemi sul piano applicativo — evidenziati da un ampio contenzioso — specie nell'ambito della gestione patrimoniale, della fiscalità, della responsabilità degli amministratori»[9]. La collegialità delle decisioni, inoltre, le procedure lunghe e complesse (istruttoria — pareri — plurimi controlli) previste per l'emanazione degli atti formali — necessari anche per questioni operative di scarsa rilevanza — hanno comportato lentezza nelle decisioni e la prevalenza dei criteri formali su quelli legati alla produttività reale[10].

L'assenza di «un organo di vertice in grado di assumere le effettive responsabilità di conduzione gestionale dell'organismo (usl)»[11], la mancanza di definizione dei poteri e delle responsabilità dei coordinatori dei

---

[6] E. Borgonovi, *La logica di gestione aziendale come superamento della contrapposizione pubblico privato nel sistema sanitario*, in «Economia italiana», 1991, 2, p. 148. L'autore, proseguendo, così chiarisce il concetto: «...per interferenze politiche si intende l'esercizio del potere decisionale in modo da perseguire obiettivi di consenso politico senza preoccupazione della funzionalità».

[7] art. 15, c. 1, l. 833/78.

[8] Così in proposito si esprime Longobardi: «Vero è che dottrina e giurisprudenza hanno attribuito alla usl "frammenti di soggettività", vale a dire la personalità giuridica a certi effetti e non ad altri». N. Longobardi, *La nuova organizzazione...* cit., p. 1193.

[9] *Ibid.* Lo stesso autore, nella nota n. 17, consiglia al riguardo la lettura di M. Bertolissi, *L'Unità sanitaria locale e la sua soggettività giuridica: consuntivo di dieci anni alla luce della giurisprudenza*, in «Le regioni», 1989.

[10] Cfr. su questo tema Sirchia che, tra l'altro, afferma: «La Pubblica amministrazione cura la perfezione degli atti amministrativi, indipendentemente dalla necessità dei servizi e dalla realtà dei fatti. Tutto ciò trasferito nel contesto di un ospedale, ovvero di un luogo dove contano gli atti, si può immaginare quali conseguenze abbia». G. Sirchia, *Ancora norme che impediscono una gestione manageriale nella sanità*, in «Ragiusan», 1995, 135-136, p. 213.

[11] A. Vitale, *Dall'organizzazione mutualistica al riordino del ssn: l'excursus storico*, in «Ragiusan», 1955, 139, p. 249.

servizi, la carenza di coordinamento tra i livelli decisionali posti sullo stesso piano e tra questi e quelli sottordinati, l'applicazione alle strutture sanitarie del sistema tradizionale della contabilità pubblica, hanno creato le note discrasie tra risorse impiegate e risultati ottenuti comportando una ingiustificata lievitazione dei costi a fronte di una conclamata carenza di servizi, che, ad una lettura disaggregata dei dati nazionali, risulta essere macroscopicamente più elevata nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali.

In definitiva il modello delineato dalla l. 833/78 per il ssn ha rivelato, attraverso incongruenze, disarticolazioni e confusione dei livelli decisionali, la sua incapacità ad essere strumento di erogazione di servizi.

I limiti evidenziati nella produzione e nella erogazione dei servizi si riflettevano, in maniera perfettamente corrispondente, nella gestione degli archivi sanitari rendendo ardua e defatigante l'attività di vigilanza. La Soprintendenza archivistica per la Puglia — in linea con la «dottrina» che ha teso a riconoscere alla usl una sua autonoma «soggettività»[12] — ha ritenuto, fin dall'inizio, di superare le incertezze legislative individuando come interlocutori diretti, i presidenti dei nuovi enti piuttosto che i sindaci dei comuni cui la legge (art. 65 e ss. della l. 833/78) aveva assegnato i beni mobili e immobili degli enti soppressi con vincolo di destinazione alle usl, unitamente alla proprietà degli archivi dei medesimi enti[13].

Se questo nuovo tipo di organizzazione della sanità si dimostrava, per i motivi esposti sopra, inidoneo a porre attenzione al processo della produzione in termini di efficienza e di efficacia, ancor più si dimostrava

[12] «L'unità sanitaria (...) sembra concepita dalla legge come un ordinamento completo ed autosufficiente: l'organo assembleare non appare agire come organo dell'ente locale, ma piuttosto esso sembra "ritagliato" dall'ente al quale fondamentalmente appartiene per fungere (...) da organo assembleare dell'unità sanitaria. Se così è, non si può dire, ad esempio, che l'unità sanitaria (...) ha il proprio bilancio approvato dal comune al quale appartiene attraverso il consiglio comunale: perché ciò suppone una scissione tra ordinamento politico-amministrativo (il comune) e ordinamento tecnico amministrativo (la struttura aziendale) che non ha, invece, riscontro normativo. Diremo invece che l'Usl (comunque essa poi debba nel suo insieme definirsi) ha approvato il suo bilancio attraverso il proprio organo assembleare, coincidente con il consiglio comunale». G. Falcon, *Unità sanitaria locale*, in *Dizionario di diritto sanitario*, 1994, pp. 594-595.

[13] La Regione Puglia con le circolari n. 39 del 23-12-1980 e n.6 del 18-3-1981 ha disposto il trasferimento dei beni mobili e immobili, corredati da inventari e titoli di proprietà, alle usl insistenti sul territorio in cui tali beni erano allogati e con circolare n. 9 del 29-4-1981 ha precisato che «le operazioni di consegna e di affidamento in comodato dei beni stessi hanno come destinatari, non già i sindaci dei comuni ma i presidenti delle Usl con decorrenza 1-4-1981».

incapace di comprendere il possibile utilizzo di uno strumento come l'archivio, che, opportunamente inserito nella logica del processo avrebbe potuto essere utilizzato, al pari di altri mezzi tecnologici e non, per l'ammodernamento del sistema, favorendo un risparmio di tempi, e di costi, nonché un contestuale miglioramento della qualità dei servizi.

È sufficiente, a questo proposito, constatare che le leggi di istituzione del ssn e le leggi regionali pugliesi di attuazione non contenevano alcun riferimento alla conservazione ed alla gestione degli archivi neanche per quel che riguarda gli archivi clinici, di cui, attualmente, è ampiamente riconosciuta l'importanza non solo per le indagini statistiche ed epidemiologiche, per le ricerche farmacologiche, per quelle attinenti la medicina preventiva e sociale nonché curativa e riabilitativa, ma anche per la valutazione dei risultati e dei costi dell'attività sanitaria. Per l'attività di vigilanza la Soprintendenza pugliese ha fatto riferimento alle norme previste dal d.p.r. del 27 marzo 1969, n.129 che attribuivano alla direzione sanitaria la responsabilità dell'archivio clinico e della biblioteca medica[14].

Per quel che riguarda, poi, gli archivi amministrativi, in mancanza di una qualsiasi indicazione legislativa e di disposizioni unitarie da parte della Regione Puglia, solo in qualche caso la responsabilità degli stessi è stata affidata formalmente al coordinatore degli affari generali e, allo stesso modo, solo pochissime usl — delle cinquantacinque istituite dalla l.r. del 14 aprile 1980, n.23 — hanno adottato un regolamento di archivio che contemplasse un sistema ufficiale per lo smistamento della corrispondenza, dalla sede della presidenza, dove normalmente era allogato l'ufficio di protocollo, ai presidi ospedalieri, ai poliambulatori ed ai servizi; nessuna usl, infine, ha adottato un titolario d'archivio per la classificazione degli atti limitandosi, nel migliore dei casi, ad annotare sul protocollo l'assegnazione degli atti al servizio competente, tramite un sistema numerico o alfabetico.

Va detto per inciso che la mancanza di provvedimenti relativi alla tenuta degli archivi, era rilevata in alcuni casi dagli stessi amministratori — talora, infatti, essi hanno dimostrato di comprendere l'importanza di un sistema efficiente e corretto di gestione degli archivi a supporto del-

[14] Cfr. artt. 5 e 7 del d.p.r. 27 marzo 1969, n. 129: «Ordinamento interno dei servizi ospedalieri».

l'attività amministrativa e sanitaria dei servizi — e veniva imputata alla mancata definizione dell'ambito di potere di ciascun coordinatore, al prevalere di una logica organizzativa basata sull'autonomia tecnico-funzionale dei singoli servizi. Tale logica, non opportunamente integrata dallo sviluppo di competenze trasversali, ha causato il «chiudersi» di ciascun servizio nell'ambito delle proprie competenze e la conseguente rigidità e burocratizzazione della gestione. La inadeguata tenuta degli archivi veniva imputata, insomma, proprio alla «strutturale» inadeguatezza, già in precedenza sottolineata, dell'organizzazione amministrativa a fornire servizi efficienti.

Altrettanto grave è apparsa in Puglia la situazione in relazione all'adozione di sistemi informatizzati applicati tanto alla gestione degli archivi, quanto alle attività amministrative e sanitarie svolte dagli enti.

È oggi pressocché universalmente riconosciuta l'importanza dell'«informazione» nel settore sanitario quale necessario supporto alle attività di indirizzo, programmazione e di verifica (attività di governo)[15] e contestualmente quale indispensabile sussidio al lavoro dei medici e degli operatori all'interno delle strutture (attività di gestione); si sta, inoltre, facendo strada la convinzione che, data l'enorme mole di documentazione cartacea prodotta nel settore e la conseguente impossibilità di disporre in tempi brevi dei dati aggregati necessari ad orientare le attività, i problemi della conservazione della documentazione non possono essere affrontati in maniera disgiunta da quelli della informatizzazione[16] e della

---

[15] A proposito dell'applicazione al ssn del «SisG» (sistema informativo sanitario di governo) cfr. N. Falcitelli, *Il sistema informativo sanitario (sistema medico e sistema gestionale). Situazione attuale e prospettive di sviluppo e integrazione. Atti del convegno sul sistema informativo sanitario,* in «Ragiusan», 1995, 129, pp. 273-274.

[16] In proposito Bompiani afferma «...la creazione e l'armonizzazione della infrastruttura telematica regionale, interregionale e *trans*-europea, produrrà una naturale catalizzazione di nuove iniziative private e pubbliche, quali nuovi servizi a valore aggiunto, nuove applicazione telematiche, banche dati, ecc. in grado di lanciare una scommessa sulla società dell'informazione del 2000. Uno dei settori principali dove si stima che questa catalizzazione possa avvenire rapidamente è proprio il comparto dei servizi telematici dedicati alla sanità». A. Bompiani, *Il recente ordinamento del servizio sanitario nazionale e le azioni da svolgere per il potenziamento della sanità nei prossimi anni,* 4° supplemento a «Sanità pubblica», 1996, 16, p. 84. Pernice sostiene, poi, che, essendo la sanità il più grande settore con intervento prevalentemente pubblico in Europa — comprende, infatti, 15.000 ospedali con 1.800.000 posti letto, 300.000 punti di cura e 6.000.000 di personale addetto — sarà fortemente interessato dall'intervento dell'informatica con necessità di lavorare in un'ottica globale e di integrazione tra i sistemi. Egli afferma che questo ancora non si è verificato «...per una serie di motivi quali la frammentazione del mercato, la mancanza di

eventuale conservazione dei dati su supporto diverso da quello cartaceo. In particolare quest'ultimo problema si pone con urgenza per gli archivi clinici[17], per i quali il continuo incremento di documentazione cartacea è stimato in valori talmente elevati da mettere in forse le norme sulla conservazione illimitata delle cartelle cliniche[18] nonostante proprio i più evoluti «sistemi informativi di supporto clinico», che permettono di valutare la congruità dell'intervento in relazione alla patologia assistita, abbiano messo in rilievo la necessità di poter effettuare il confronto con dati analitici «storici» che siano quanto più possibile numerosi e precisi e la conseguente importanza della conservazione della documentazione clinica.

A fronte della difficoltà rilevata in tutto il paese in relazione all'adozione di una coerente programmazione[19] per il perfezionamento dei sistemi informatici nei settori in cui già si opera (es.: prevenzione a tutela

---

autonomia fiscale, i costi unitari eccessivi. Il costo di un sistema informativo ospedaliero è 10 milioni di ecu, quindi al di sopra delle possibilità della maggior parte degli ospedali in questo momento. Si stima che 2-3 milioni di ecu siano l'ordine di grandezza accessibile alla maggioranza degli ospedali europei; ...». A. PERNICE, *La C.E. ed i sistemi informativi sanitari, Atti del convegno sul sistema* ... cit, pp. 279-282 e in particolare p. 281.

[17] Molti ospedali del nord hanno ottenuto l'autorizzazione interministeriale prevista dalla normativa attuale (art.25 l. 4-1-1968, n.15: «Norme sulla documentazione amministrativa e sulla legalizzazione e autenticazione delle firme»; d.p.c.m. 11-9-1974: «Norme per la fotoriproduzione sostitutiva dei documenti di archivio e di altri atti delle pubbliche amministrazioni»; d.m. 29-3-1979: «Approvazione delle caratteristiche della pellicola destinata alla fotoriproduzione sostitutiva dei documenti d'archivio e di altri atti delle Pubbliche amministrazioni») per attuare la microfilmatura sostitutiva. Oggi tale sistema risulta superato dalla possibilità prevista dalla legge finanziaria del 24-12-1993, n. 537 dell'utilizzo con funzioni sostitutive del disco ottico per cui è stato approvato anche il regolamento (deliberazione dell'AIPA del 28-7-1994: «Art. 2, comma 15, della legge 24 dicembre 1993, n. 537. Regole tecniche per l'uso dei supporti ottici»). Per un'analisi sintetica delle problematiche attinenti alla gestione di un archivio di cartelle cliniche, e per una comparazione delle caratteristiche e dei costi dei diversi sistemi di conservazione cfr. P. GRASSO - G. DE MEO, *Tavola rotonda: «Come ottimizzare il patrimonio informativo-documentale sanitario attraverso soluzioni alternative di gestione»*, in *L'archivio nell'organizzazione d'impresa. Atti del convegno, Venezia-Mestre, 29-30 ottobre 1992*, Venezia, 1993, pp. 199-211.

[18] circolare del Ministero della sanità del 19-12-1986, n. 900. 2/AG 464/260.

[19] Bompiani sottolinea come la situazione a livello europeo sia molto più avanzata rispetto a quella italiana. In Inghilterra, infatti, si prevede che entro i prossimi cinque anni il 90% dei calcolatori esistenti nel sistema sanitario saranno collegati in rete, in Olanda la maggiorparte dei medici di base è in grado di rilevare i dati dei pazienti usando un modello comune di cartella clinica, in Danimarca è stato costituito un archivio computerizzato di tutti i ricoveri ospedalieri ed in Germania tutti i cittadini possiedono una carta con microprocessore per accedere ai servizi di medicina di base ed all'assistenza farmaceutica, mentre in Italia «... si deve constatare l'assenza di una politica e di una programmazione che consideri le potenzialità offerte dalla telematica

della salute dei cittadini, controllo dei prodotti sanitari, gestione dell'assistenza a carico diretto dello Stato, sistemi gestionali locali per le aziende usl ed ospedaliere, ecc.) e in quelli in cui risulterebbe necessario intervenire (es.: programmazione sanitaria, attività ispettiva dei NAS, profilassi nutrizionale, profilassi delle malattie infettive, ecc.)[20], i risultati raggiunti nelle diverse regioni risultano essere tra loro molto difformi.

Nella regione Veneto, infatti, la scheda nosologica di dimissione fu introdotta, secondo quanto riferisce Troccoli[21], sotto forma di «foglio notizie», fin dal momento del trasferimento alle Regioni dell'assistenza ospedaliera e resa obbligatoria con l.r. n. 83 del 13 giugno 1975; qualche anno più tardi una commissione tecnica varò, sulla scorta dei contenuti informativi del foglio, la nuova scheda nosologica individuale adottata, dal 1° gennaio 1986, da tutti gli ospedali pubblici e privati della regione. Ugualmente la Regione Veneto predispose poi, in accordo con il Ministero della sanità, un progetto sperimentale di ottimizzazione dei flussi informativi che prevedeva la creazione presso ciascuna usl di un unico flusso informativo contenente sia i dati utili alla Regione, sia quelli richiesti dal Ministero, sia quelli destinati ad essere utilizzati per le decisioni gestionali all'interno della usl stessa[22] e, a partire dal 1° gennaio 1993, il frontespizio della cartella clinica per ricoveri e day hospital è stato uniformato[23], in tutti i luoghi di cura, alla scheda nosologica.

Completamente diversa appare la situazione riscontrata in Puglia dalla Soprintendenza archivistica, nell'espletamento della propria atti-

---

applicata al settore sanitario che stimoli gli investimenti anche di privati nel settore». A. Bompiani, *Il recente ordinamento...* cit., p. 83.

[20] Per quanto riguarda i sistemi informativi già attivi al momento dell'istituzione dell'autorità per l'informatica, e quelli da realizzarsi nel breve-medio e nel lungo periodo cfr. L. Zoffoli, *Compiti e funzioni dell'autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione*, in «Ragiusan», 1995, 133, pp. 6-13.

[21] N. Troccoli, *La scheda nosologica in funzione della valutazione ospedaliera*, in *L'archivio nell'organizzazione...* cit., pp. 173-186.

[22] T. Chinellato, *Il problema del controllo e dell'ottimizzazione dei flussi informativi sanitari a livello periferico e centrale*, *ibid.*, pp. 187-192.

[23] Sulla necessità della standardizzazione delle rilevazioni effettuate tramite la cartella clinica in tutti i luoghi di cura cfr. i lavori di A. Gattai, e in particolare, *La gestione della documentazione sanitaria ospedaliera: situazione attuale e prospettive. Il problema della formazione professionale*, *ibid.*, pp. 147-157.

vità di vigilanza. Infatti, nonostante si sia più volte tentato, senza successo, di concordare con la Regione interventi comuni tesi a favorire l'adozione di sistemi informativi integrati presso le diverse usl della regione e, all'interno di ciascuna usl, presso i singoli servizi, la mancanza di coordinamento e l'impossibilità di affrontare una spesa complessiva più consistente hanno portato al prevalere di soluzioni studiate esclusivamente sulla base di esigenze operative locali e, conseguentemente, non organiche ad altri «pezzi» del sistema informativo. Si è così verificato che alcuni servizi medici o alcuni reparti ospedalieri hanno adottato sistemi informativi tra loro non compatibili, contemporaneamente all'adozione, da parte di alcuni servizi amministrativi della stessa usl, di software calibrati sulle scelte nazionali per l'invio dei flussi informativi e statistici al ministero ed alla Regione. Queste scelte hanno comportato l'impossibilità di utilizzare le informazioni cliniche, ovvero i dati acquisiti a livello di esercizio dai reparti e dai servizi, al fine di valutare i tempi, il consumo di risorse, i risultati dell'attività attraverso un sistema più ampio, in grado di ricomporre ad un unico livello tutte le informazioni sulle attività svolte, in modo da fornire agli uffici di direzione della usl «...quegli strumenti di conoscenza necessari per poter instradare (...) le loro decisioni verso una gestione efficace sia dal punto di vista sanitario, sia da un punto di vista economico»[24].

In Puglia solo gli ospedali ecclesiastici equiparati — il «Miulli» di Acquaviva (Ba), il «G. Panico» di Tricase (Le) e la «Casa sollievo della sofferenza» di S. Giovanni Rotondo (Fg) — hanno adottato un sistema informativo ospedaliero[25] che integri i diversi sottosistemi di gestione delle attività amministrative e sanitarie, mentre gli ospedali pubblici sono caratterizzati da una situazione molto più arretrata, tanto che, per il policlinico di Bari, la ex usl BA/4, da cui l'ospedale era prima ammi-

[24] M. Garuf, *I sistemi informativi direzionali per le strutture ospedaliere, Atti del convegno sul sistema...* cit., p. 293. Sullo stesso tema cfr. anche N. Nenna, *I sistemi informativi ospedalieri come paradigma dell'integrazione tra aspetti clinici ed economici nell'ottica dell'efficienza gestionale, ibid.*, pp. 285-288.

[25] Cfr. in proposito E. Colaiacomo, *Gestione in tempo reale di uno ospedale non-profit. Il sistema informativo ospedaliero*, in «Ragiusan», 1995, 139, pp. 58-61. Sulle esperienze condotte in altri ospedali del centro-nord cfr., poi, G. Ruscitti, *Il Sistema informativo ospedaliero integrato previsto per il policlinico di «Tor Vergata»* e S. Longhini - F. Meloni, *Il controllo di gestione per raggruppamenti omogenei di diagnosi: una esperienza operativa in Italia*, entrambi in *Atti del convegno sul sistema...*cit., rispettivamente alle pp. 276-279 e 298-300.

nistrato[26], ha dovuto appaltare ad un ingegnere esterno il monitoraggio dei sistemi in uso presso le varie cliniche e reparti, per verificarne la compatibilità senza, tuttavia, ottenere alcun risultato tangibile.

Per lo stesso policlinico gli amministratori avevano intenzione di avviare, già alla fine degli anni '80, un progetto di microfilmatura sostitutiva della documentazione sanitaria[27], che, nonostante fossero già stati acquistati i macchinari, non ha potuto essere realizzato a causa delle difficoltà di applicare le regole previste dalla normativa vigente a cartelle cliniche compilate su modelli completamente disomogenei, anche nel frontespizio, per le diverse cliniche e reparti e, pertanto, non idonee ad essere sottoposte alle operazioni di microfilmatura. Per gli stessi motivi nessun altro ospedale pugliese è stato in grado di avviare procedure che prevedessero la conservazione della documentazione sanitaria su supporti diversi da quello cartaceo.

Nella situazione descritta, constatata la colpevole e continuativa assenza di linee di indirizzo da parte della Regione Puglia, la Soprintendenza ha sistematicamente richiesto, tramite le lettere di prescrizioni inviate agli enti sanitari a seguito delle visite ispettive, l'adozione per la gestione degli archivi amministrativi e sanitari di sistemi compatibili, nel rispetto di quanto prescritto dal d.lg. 39/93.

In alcuni casi (come per la ex usl BA/9 e per i presidi ospedalieri da questi, all'epoca, gestiti, tra cui l'ospedale Policlinico) l'azione della Soprintendenza ha avuto una funzione decisiva di stimolo per l'adozione del sistema informatizzato applicato alle schede nosologiche[28] di dimissione, la cui importanza, per la valutazione dei costi dell'attività ospe-

---

[26] Con d.p.g.r. n. 54, del 21 febbraio 1996, l'«Ospedale policlinico consorziale» di Bari è stato costituito in azienda ospedaliera.

[27] L'azione svolta dalla Soprintendenza per la tutela della documentazione sanitaria dell'ospedale consorziale di Bari, stimata a seguito di un censimento effettuato dalla stessa Soprintendenza in circa un milione di cartelle cliniche, relative agli anni dal 1939 al 1990, è stata costante e particolarmente gravosa. La documentazione è infatti in gran parte allogata in locali cantinati, assolutamente inidonei, presso le cliniche e i reparti ospedalieri e universitari — o al più in locali siti nelle corsie di degenza — sparsi per tutta l'area del policlinico, e se tramite continue sollecitazioni e visite si è riusciti ad ottenere il trasferimento della documentazione che correva maggiori rischi di dispersione, non si è ancora pervenuti ad una soluzione che possa dirsi soddisfacente dal punto di vista complessivo, a causa della cronica carenza di fondi, del continuo avvicendamento degli organismi direttivi e del palleggiamento delle responsabilità.

[28] Il d.m. del 28-12-1991 ha reso obbligatoria per tutti gli ospedali italiani la compilazione, a partire dal 1° luglio 1992 della scheda nosologica di dimissione che raccoglie le più importanti notizie contenute nella cartella clinica. Le linee guida contenute nella circolare del Ministero della

daliera per singola unità di degenza e per la predisposizione di bilanci preventivi calcolati sulle spese effettive nonché di quelli consuntivi, è ormai nota a tutti gli addetti[29]. La scheda nosologica di dimissione consente, infatti, attraverso l'utilizzazione di un linguaggio normalizzato, la classificazione dei singoli casi all'interno dei DRG (*Diagnosis Related Grups*) costituiti da quattrocentosessantasette categorie nosologiche, stabilite sulla base della classificazione internazionale delle malattie, suscettibili di ulteriori disaggregazioni e già utilizzati negli USA per il computo dei rimborsi ospedalieri[30].

Per tornare all'esame delle funzioni delle ex usl e per entrare nel merito della tipologia degli archivi prodotti e conservati dalle stesse va posta l'attenzione su un altro principio affermato con forza dalla legge 833/78 e riconfermato dalla attuale riforma: il concetto di unitarietà delle funzioni destinate «alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica», consistenti in funzioni di assistenza ospedaliera ed extraospedaliera (medico-generica, specialistica e infer-

sanità del 17-6-1992, per la compilazione, la codifica e la gestione della stessa scheda, così recitano: «La raccolta sistematica per ciascun caso trattato, attraverso la SDO, delle informazioni anagrafiche e cliniche funzionali alla definizione della casistica trattata, dell'esito dell'assistenza erogata e delle risorse a tal fine consumate, deve garantire l'esercizio delle attività di programmazione della rete ospedaliera a livello centrale regionale, nonché la programmazione e la gestione delle attività a livello dei singoli istituti di cura e l'attivazione dei programmi di valutazione dell'utilizzo delle risorse e della qualità dell'assistenza erogata». Nonostante la chiarezza della normativa la usl BA/4 ha avviato il programma per la compilazione della scheda nosologica, rispondendo alle insistenze della Soprintendenza, solo a partire dal 1° gennaio 1995 ed ha utilizzato, per il calcolo dei DRG, i computer ed il personale dell'ufficio cartelle cliniche, istituito non molto tempo prima, sempre in risposta alle richieste della Soprintendenza, per la riorganizzazione degli archivi sanitari dell'ospedale policlinico.

[29] Campari e Masera sostengono che i DRG e i ROD (raggruppamenti omogenei di diagnosi) costituiscono uno strumento che favorirà l'integrazione dell'attività amministrativa con quella sanitaria, spingendo i settori a lavorare congiuntamente per il raggiungimento degli stessi obiettivi. Gli autori, infatti, affermano: «... l'adozione delle tariffe prefissate per patologia trattate (ROD) porta il medico a dover compilare con precisione la cartella clinica e relativa scheda di dimissione. Da essa infatti dipende l'attribuzione del ROD corrispondente, dal quale, a sua volta, dipende il ricavo corrispondente alla patologia trattata. Il medico diventa così più sensibile agli aspetti amministrativi, associati al suo lavoro quotidiano, e l'amministrativo pone attenzione alla modalità di compilazione della scheda di dimissioni poiché da essa dipende l'entità dei ricavi per reparto e quindi per l'intera istituzione». M. Campari - F. Masera, *L'innovazione nella gestione della sanità*, in «Economia italiana», 1995, 2, p. 271.

[30] Sui progetti varati dal Ministero della sanità relativi ai DRG e ROD cfr. F. Bonanno, *Linee programmatiche della sanità in tema di documentazione e di informazione sanitaria*, in *L'archivio nell'organizzazione...* cit, pp. 125-146.

mieristica, domiciliare e ambulatoriale, materno-infantile e per la procreazione, scolastica e sportiva, farmaceutica), funzioni di vigilanza (sull'igiene dell'ambiente, della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e bevande, sull'idoneità degli ambienti di lavoro e prevenzione infortuni, sulle farmacie), funzioni di profilassi e polizia veterinaria, nonché funzioni certificative, autoritative, prescrittive ed anche sanzionatorie[31].

Questa opzione legislativa ha comportato la riunione, all'interno della stessa struttura, di molteplici attività, ciascuna con competenze, tecnologie, formazione professionale degli addetti, procedure amministrative e produttive completamente diverse.[32]

In Puglia sulla base delle competenze sopra elencate attribuite alla usl dalla legge nazionale, la l.r. n. 51/80 ha previsto per ciascuna usl l'istituzione di cinque servizi amministrativi (affari generali, amministrazione del personale, amministrazione economico-finanziaria, amministrazione del provveditorato, dell'economato e gestione tecnica, gestione delle convenzioni) e cinque servizi sanitari (igiene pubblica, prevenzione sul territorio, educazione sanitaria, medicina legale, igiene e sicurezza del lavoro, assistenza sanitaria di base, nonché organizzazione e gestione tecnico sanitaria dei relativi presidi, organizzazione e gestione tecnico sanitaria dei presidi ospedalieri ed ambulatoriali polispecialistici, igiene

[31] L'art. 14 della L. 833/78 elenca in quindici punti le funzioni assegnate alle usl; l'elencazione non è comunque esaustiva perché altri articoli della stessa legge contengono l'attribuzione a questi enti di ulteriori competenze. Falcon così si esprime in proposito: «Da una parte le unità sanitarie esercitano le funzioni di tipo assistenziale, le quali si traducono, (...) in prestazioni amministrative rese ai privati: si tratterà (...) di tutte quelle funzioni per le quali l'unità sanitaria si rivela come "l'erede" degli enti mutualistici e degli enti ospedalieri. D'altra parte tuttavia sono ancora le unità sanitarie ad esercitare tutte quelle funzioni (...) (che hanno avuto rilevantissimo sviluppo anche in tempi recenti, con il più acuto emergere dell'esigenze di tutela ambientale e igienico sanitaria) che si collegano all'idea della polizia sanitaria, e che danno luogo ad attività di controllo ispettiva, a vigilanza, a provvedimenti prescrittivi o permissivi, nonché ovviamenti a provvedimenti sanzionatori o repressivi». G. Falcon, *Unità sanitaria...* cit., p. 620.

[32] D'Elia a proposito delle funzioni assegnate agli enti sanitari e delle molteplici attività da questi svolte, così si esprime: «La complessità deriva non tanto da parametri quantitativi, (...) quanto piuttosto dal tipo e dalla varietà delle finalità assegnate a ciascuna organizzazione, dall'eterogeneità e complessità delle sue attività, dalla variabilità dei bisogni e della domanda espressa che deve soddisfare, dall'intreccio delle relazioni che la costituiscono, dall'autonomia tecnica riconosciuta, sia ai singoli soggetti che operano, sia alle sue articolazioni organizzative». L. D'Elia, *Delle aziende sanitarie: quali i fattori per divenire vere aziende?*, in « Ragiusan», 1995, 131, p. 216.

ed assistenza veterinaria, servizio farmaceutico)[33]. Va inoltre tenuto presente, in funzione dell'individuazione degli archivi conservati presso le singole usl pugliesi, che i cinque servizi amministrativi, previsti dalla normativa regionale, svolgevano la loro attività in relazione a tutto il territorio della usl, mentre, per quel che riguarda i servizi sanitari, il territorio delle usl risultava diviso in distretti[34] (la ex usl BA/9 che copriva parte del territorio della città Bari era divisa in tre distretti dotati complessivamente di venti servizi sanitari, di cui alcuni provvisti di uffici amministrativi, tutti dislocati in sedi diverse — consultori familiari, servizi di igiene mentale, gruppi operatori tossicodipendenze e alcolisti, servizi di medicina scolastica, ecc. — quattro poliambulatori e tre complessi ospedalieri). Gli archivi dei servizi amministrativi, nella maggior parte dei casi, si trovano ancora oggi allogati presso le sedi delle ex direzioni amministrative, e solo in poche usl si sono sedimentati mantenendo la divisione per servizi, al contrario quasi sempre, si presentano come un insieme indistinto di documentazione, situazione questa che rende ardua la ricerca per fini amministrativi ed ostacola eventuali operazioni di scarto e di ordinamento. I criteri dell'organizzazione degli archivi, infatti, raramente rispondono a scelte precise compiute in applicazione di criteri logici, più spesso riflettono problemi di ordine pratico, quali la presenza o mancanza di spazi presso le sedi dove i servizi erano allogati. Va sottolineato, inoltre, che i servizi sanitari per esigenze di lavoro hanno conservato per lo più gli archivi presso le proprie sedi e che a causa delle continue modifiche istituzionali, che hanno interessato il settore, e dei problemi organizzativi interni, i servizi hanno subito

[33] artt. 39-40 della l.r. 26-5-1980, n. 51: «Norme per l'organizzazione e il funzionamento delle Unità sanitarie locali». La legislazione regionale ha delineato un quadro abbastanza variegato per quel che riguarda l'articolazione dei servizi sanitari prevedendo varianti e combinazioni tra i servizi. Per avere un quadro preciso dell'articolazione dei servizi non basta neppure, come fa rilevare Falcon, l'analisi della legislazione regionale, perché le leggi regionali ammettono variabili che possono essere decise anche dalle singole usl a seconda delle «esigenze e situazione locali». Falcon afferma che la variabilità è ancora maggiore per i servizi amministrativi, dove si passa dall'unico sevizio previsto per la regione Lombardia ai cinque disposti dalla legge regionale pugliese. G. FALCON, *Unità sanitaria* ... cit, p. 621.

[34] artt. 29 e 30 l.r. 51/80. Abbastanza omogenea risulta essere invece, su tutto il territorio nazionale, l'organizzazione orizzontale dei distretti, giustapposta a quella verticale dei servizi, ai quali l'art. 10 della legge 833/78 dava notevole rilevanza ma che nella legislazione regionale non hanno di fatto assunto quell'importanza che doveva loro appartenere, risolvendosi essenzialmente nell'attività di coordinamento tra i servizi. G. FALCON, *Unità sanitaria* ...cit, pp. 622-623.

frequenti trasferimenti e con loro sono stati trasferiti anche gli archivi. La continua aggregazione e disaggregazione dei fondi ha così creato negli archivi delle diverse usl situazioni tra loro completamente difformi, caratterizzate da una notevole complessità[35].

La legge 833/78 ha, inoltre, previsto il passaggio alle usl delle competenze dei soppressi enti mutualistici (le norme di soppressione — d.l. 8-7-1974, n. 266, l. 17-8-1974, n. 386 e l..29/6/1977, n.349 — hanno interessato a livello nazionale trentacinque enti), dell'Ente nazionale prevenzione infortuni (ENPI), dell'Associazione nazionale per il controllo della combustione (ANCC), degli Uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e degli ufficiali sanitari e veterinari comunali e consortili, nonché dei Consorzi provinciali antitubercolari, antitracomatosi e di riabilitazione, dei Laboratori provinciali di igiene e profilassi e dei Servizi igienico-sanitari e di igiene mentale, dei compiti svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e controllo sullo stato di salute dei lavoratori, disponendone contestualmente, come già precisato, il trasferimento dei beni ai comuni con vincolo di destinazione alle usl[36] (art.61 e ss. della legge citata). I nuovi enti sanitari hanno quindi ereditato gli archivi degli enti soppressi e degli uffici trasferiti, utili al proseguimento dell'attività precedentemente svolta dagli stessi enti ed uffici e, in particolare, in attuazione delle disposizioni regionali, di quelli le cui sedi erano allogate nel proprio ambito territoriale. Le usl hanno così sviluppato maggiormente la loro attività nei settori già avviati dagli enti assorbiti[37] (la ex usl TA/4, per esempio, che aveva ereditato sede e personale dell'ANCC ha istituito, nel subentrare al predetto ente un «presidio multizonale di prevenzione: settore impiantistico e antinfortunistico»).

---

[35] Complessità che naturalmente è il riflesso della quantità e varietà dei compiti affidati alle usl e sulla quale pare abbastanza concorde il giudizio della dottrina. Borgonovi, infatti, afferma: «... la sanità (...), secondo i giudizi di molti studiosi, rappresenta un settore a complessità assai elevata rispetto alle imprese industriali, commerciali e di altri servizi privati e pubblici». E. Borgonovi, *La logica di gestione...* cit., p. 156.

[36] cfr. nota 13.

[37] Una delle critiche più rilevanti sollevate in relazione alle modalità di attuazione dei principi affermati dalla l. 833/78 è stata quella di non aver saputo sviluppare adeguatamente i nuovi settori di attività affidata agli enti sanitari. Il snn, schiacciato dalla necessità di far fronte alle spese assorbite dal settore medico-farmaceutico e da quelle del settore ospedaliero, ha riservato, infatti, percentuali irrisorie del suo bilancio complessivo alle altre attività ed in particolare a quella destinata all'igiene ed alla prevenzione all'inizio «fiore all'occhiello» del snn.

Per ultimo, ma non da ultimo, va ricordato che l'art. 17 della L. 833/78 ha disposto la trasformazione in «strutture delle unità sanitarie locali» degli ospedali pubblici presso i quali erano e sono conservati gli archivi clinici e gli archivi amministrativi degli stessi ospedali spesso comprendenti in maniera integrale, o limitata ad alcune serie o pezzi, gli archivi delle opere pie, delle confraternite, delle IPAB, della congregazione di Carità e degli Eca, che in tempi più lontani li avevano fondati e amministrati.

In Puglia su settantacinque presidi ospedalieri ed istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, trentasette risultano in possesso di documentazione risalente al secolo XIX, e sei a periodi più antichi.

Da quanto esposto si deduce in maniera piuttosto evidente che, considerato il numero degli archivi conservato presso le usl, l'attività ispettiva si è dovuta limitare alla rilevazione dei dati ed alla verifica dello stato di conservazione degli archivi di deposito dei servizi amministrativi delle sedi centrali e degli archivi di deposito e storici dei presidi ospedalieri. Solo per qualche archivio storico, inoltre, la Soprintendenza archivistica è in possesso dell'inventario compilato da personale esterno all'amministrazione (è questo il caso del policlinico di Bari, degli ospedali di Conversano, Bisceglie, Rutigliano, Ruvo e Putignano), mentre per qualche altro archivio è stato possibile effettuare lavori di censimento con personale interno (è il caso degli ospedali di Cisternino, Altamura, Bitonto e dell'ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari).

Per quel che riguarda poi i problemi sollevati dalla necessità di autorizzare scarti degli uffici amministrativi e dei presidi e servizi, in mancanza di disposizioni nazionali e regionali sui termini di conservazione dei diversi tipi di documentazione prodotta dalle usl, si è proceduto effettuando analogie con la documentazione dello stesso tipo elencata nei massimari di scarto delle mutue e in genere degli altri enti pubblici, effettuando controlli in *loco* e, nei casi più complessi, — quello ad es. della ex usl BA/9 comprendente il presidio ospedaliero «Consorziale Policlinico» composto da cinquantasette divisioni e ventiquattro servizi e ambulatori universitari e ospedalieri[38] — istituendo, commissioni di scarto aperte di volta in volta ai responsabili dei servizi interessati alle

[38] I dati riportati sono tratti dal testo dell'intervento effettuato dal prof. Livrea, preside della Facoltà di medicina di Bari in occasione dell'incontro tenutosi a Bari tra l'allora Ministro della sanità, R. Costa, i rappresentanti regionali e gli amministratori della ex usl BA/9. P. Livrea, *Policlinico, S. Paolo e convenzioni: la posizione dell'Università*, in «Tuttosanità», 1993, 9, pp. 28-29.

procedure di scarto. La rielaborazione dei verbali delle commissioni e degli elenchi contenuti nelle delibere, per le quali si è concesso il nulla osta, ha portato alla predisposizione di elenchi di documentazione con l'indicazione dei rispettivi termini di conservazione, utili per assicurare il comportamento omogeneo della Soprintendenza nei confronti delle richieste di scarto.

Per quanto concerne, poi, lo scarto della documentazione degli enti mutualistici, considerando che questi enti normalmente inviavano la documentazione rilevante ai fini storici alle sedi centrali di Roma e scartavano periodicamente la restante documentazione prodotta dalle sedi periferiche, la Soprintendenza archivistica ha autorizzato, sulla base dei massimari, gli scarti effettuati dagli organi deliberativi delle usl degli spezzoni di serie, relativi agli anni antecedenti la soppressione, pervenuti alle usl; ha invece disposto la consegna alle sedi competenti dell'INPS, della documentazione utile per il computo delle indennità di fine rapporto di lavoro (quali le schede degli assistiti contenenti notizie attinenti la previdenza).

Riconsiderando il problema dello scarto in un ottica più complessiva le soluzioni empiriche adottate non appaiono, tuttavia, sufficienti ad ottenere lo snellimento delle procedure e la tempestività delle operazioni che sarebbero indispensabili in considerazione della enorme quantità di documentazione prodotta e dei risparmi che si otterrebbero in termini di costi evitando l'impiego inutile di spazi e di personale. In particolare, l'eliminazione delle duplicazioni di competenze contemplate dalla legge[39], l'approvazione di un massimario di scarto nazionale o comunque l'adozione di precise disposizioni a livello nazionale, relative alla conservazione della documentazione, in particolare di quella omogenea che si produce in maggiore quantità[40], la semplificazione delle procedure ammi-

[39] Il d.p.r. 30-12-1975, n. 854: «Attribuzioni del Ministero dell'interno in materia di documenti archivistici non ammessi alla libera consultabilità», prevede l'inoltro al Ministero in parola delle proposte di scarto di documenti non consultabili ai sensi dell'art. 21 del d.p.r. 20-9-1963, n. 1409, mentre sarebbe sufficiente che la usl, una volta ricevuto dalla Soprintendenza il nulla-osta sulla proposta di scarto, si assumesse la responsabilità della verifica della effettiva distruzione dei documenti «relativi a private persone», come viene normalmente richiesto dalla Soprintendenza archivistica per la Puglia nella stessa lettera di concessione del nulla-osta.

[40] Quasi tutte le usl della regione anche quelle che in un primo momento non si erano attivate, in risposta all'attività di diffusione svolta dalla Soprintendenza, effettuano con regolarità gli scarti delle ricette farmaceutiche per i cui termini di conservazione esiste la circolare del Mini-

nistrative tramite l'adozione, da parte delle ausl, di provvedimenti di sintesi o deliberazioni aperte[41] a cui riferire gli atti analitici relativi, l'individuazione fin dall'origine dei documenti da scartare oltre che l'indicazione sul documento stesso dei termini di conservazione sembrano essere idonee, possibili, anche se non esaustive, soluzioni ai problemi individuati.

Il modello introdotto dalla riforma sanitaria era privo del profitto come obiettivo e non era dotato di altri metodi di misurazione dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni, prevedeva esclusivamente controlli formali[42] non essendo dotato delle procedure tipiche del controllo di gestione ed, in particolare, il finanziamento dell'attività sanitaria e specialmente di quella ospedaliera era indipendente dalle prestazioni erogate e veniva effettuato, per gli ospedali pubblici, tramite il ripiano a fine anno dei costi complessivi e, per le case di cura private, tramite il rimborso di una diaria fissa per ogni giorno di degenza[43].

La crescita costante della spesa sanitaria nel decennio '83-'93 ha posto il problema di una più attenta valutazione dei costi, sia in rapporto ai risultati richiesti, sia in rapporto alle risorse da impiegarsi[44].

---

stero per i beni culturali del 18-6-1988, n. 3.1395.8764.7.9; decisioni analoghe potrebbero essere assunte per tutte le prescrizioni dei medici di base effettuate sul ricettario unico.

[41] Prassi questa già seguita nel passato dagli enti mutualistici, dalle Ferrovie dello Stato e da altri enti che avevano deliberato, in sede nazionale, i massimari di scarto ai quali le sedi periferiche facevano riferimento, senza la necessità di adottare ulteriori atti deliberativi.

[42] Il sistema basato sui controlli formali di legittimità, affermano Moretti e Rosato, «...contribuisce a deresponsabilizzare gli operatori, perché atti sbagliati, o socialmente inutili, possono essere perfettamente conformi alla legge ed essere adottati senza conseguenze». T. Moretti - N. Rosato, *I controlli regionali sulle aziende sanitarie pugliesi*, in «Sanità pubblica», 1996, 10, p. 1087.

[43] «Prima dell'inizio del processo di riforma della sanità in Italia, avviata con il decreto Amato e portata avanti con i decreti 502 e 517, non era assolutamente definito quale fosse la prestazione erogata dal presidio sanitario per ogni paziente curato. La remunerazione dell'attività ospedaliera risultava essere sostanzialmente indipendente dalle effettive prestazioni erogate ai pazienti. Nel caso dell'ospedale pubblico vigeva la regola del ripiano a fine anno dei costi complessivi, per le case di cura private si provvedeva a rimborsare la diaria per ogni giornata di degenza». M. Campari - F. Masera, *L'innovazione...* cit., p. 264.

[44] «L'accentramento delle entrate a livello statale e la sistematica sottostima delle previsioni di spesa ha provocato il doppio disastro che è sotto gli occhi di tutti: l'enorme deficit pubblico accumulato e la deresponsabilizzazione dei centri di spesa. La spesa sanitaria è dentro questo circolo vizioso che ha visto gli ultimi sei esercizi finanziari accumulare un deficit pari ad un anno di finanziamento del ssn, deficit che è stato posto a carico delle generazioni future». G. Giorgi, *Sugli indicatori nel Servizio sanitario nazionale*, in «Amministrare», 1994, 2, p. 346.

La necessità di introdurre dei correttivi alle disfunzioni descritte hanno portato alla ricerca di nuovi modelli logici e di nuove soluzioni istituzionali nel rispetto dei principi ispiratori del ssn[45]: l'unità territoriale, l'accentramento delle prestazioni in organismi multifunzionali, la gratuità delle prestazioni nonché l'estensione a tutti i presenti sul territorio nazionale, la parità di trattamento e l'obbligatorietà di contribuzione.

La soppressione dei comitati di gestione e la cessazione delle funzioni sanitarie degli organi collegiali prevista dalla l.n. 4/86 (disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali) unitamente all'affidamento ai Commissari straordinari della gestione delle strutture sanitarie ed alla costituzione del comitato dei garanti nonché al nuovo ruolo di programmazione, vigilanza e controllo affidato alla Regione, costituiscono le prime avvisaglie della trasformazione — rispetto alla quale la l. 111/91 (conversione in legge, con modificazioni del d.l. 6-2-1991, n. 35 recante norme sulla gestione transitoria delle unità sanitarie locali) costituisce un provvedimento ponte — che subirà il settore sanitario con l'accoglimento all'interno del sistema di gestione dei valori aziendali[46].

---

[45] Considerando il rapporto tra gli elementi innovativi e gli aspetti della 833/78 che la riforma della riforma ha confermato, così si esprime Carnevali: «Peraltro gli elementi innovatori aventi carattere politico, giuridico, amministrativo ed economico (...) non sono tali da evitarci di poter affermare che la richiamata legge rimane ancora vigente in molte ed importanti parti quali, ad esempio, quelle che a) avevano attribuito assoluta preminenza alla fase di prevenzione (...) b) avevano esteso a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria (...) c) avevano affermato la globalità dell'intervento diretto sull'individuo e sull'ambiente (...) d) avevano previsto un sistema organizzativo fortemente radicato al territorio (...). Da quanto precede deriva che le finalità e gli obiettivi fissati dalla l. 833 per il s.s.n. rimangono pressocché immutati». G. Carnevali, *L'aziendalizzazione del sistema sanitario. Problematiche giuridico amminstrative*, in «Ragiusan», 1995, 135-136, p. 9.

[46] D'Elia afferma che l'aziendalizzazione del sistema sanitario presuppone la diffusione nel sistema stesso dei valori delle aziende economiche: «...essi sono i valori dell'autonomia e della responsabilità di chi è chiamato a governare e a gestire l'azienda e si trova quindi *pro-tempore* a far parte degli organi di governo o degli organi di direzione...». L'autonomia si concretizza nella capacità degli organi di direzione di decidere le modalità di utilizzazione delle risorse in modo da innescare un processo virtuoso che porti alla realizzazione dell'equilibrio economico e finanziario, altro valore fondamentale dell'azienda; la responsabilità consiste invece nella condizione per la quale gli organismi di direzione rispondono del loro operato nei confronti di coloro che hanno poteri di nomina, di indirizzo e controllo, questo obbliga l'azienda al perseguimento di un altro valore aziendale «la trasparenza», che sola permette a coloro che sono al di fuori di valutare non solo se l'azienda si muove nel rispetto dell'ordinamento giuridico ma anche se persegue correttamente e con economicità i propri obiettivi. L. D'Elia, *Sui presupposti, sulle condizioni e sui limiti*

La legge 502/92, eliminando le ambiguità della precedente definizione[47], definisce a usl «Azienda dotata di personalità giuridica pubblica» (art. 3, c.1), e le conferisce «autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica» e prevedendo per ciascuna di esse «...un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia» (art. 3, c. 5) ne dispone contestualmente una complessiva riduzione del numero.

La legge prevede, inoltre, la costituzione in aziende delle strutture ospedaliere più rilevanti a livello nazionale (art. 4) assimilandole, per quel che attiene all'organizzazione strutturale, alle aziende usl[48] e, correggendo un errore della precedente riforma, riconosce la specificità delle strutture ospedaliere anche quando mantengono la natura di presidi delle ausl, dotandole di un proprio dirigente medico e di un dirigente amministrativo, di autonomia economico-finanziaria e di contabilità separata e prevedendo, infine, l'estensione ai presidi dell'organizzazione e delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili (art.4, c. 9, dd.lgg. 502-517).

---

per il sistema azienda in sanità, in «Ragiusan», 1995, 129, pp. 271-273. I valori su cui si fonda l'azienda sanitaria pubblica sono anche elencati nelle Linee guida n. 2/96: «Profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari».

[47] Il d.lg. 517/93 ha modificato l'originaria dicitura dell'art. 3 del d.lg. 502/92 eliminando le parole «e si configura come ente strumentale della regione» probabilmente perché questa classificazione avrebbe creato nuovi equivoci dato che le usl perseguono non solo fini della Regione, ma anche dello Stato; inoltre, la categoria «ente strumentale» appare collegata ad ordini concettuali superati, essa evoca, come afferma il Sandulli, la «...formula del decentramento autarchico che sta ad indicare il fenomeno del perseguimento di fini propri ed esclusivi dello Stato attraverso enti distinti da esso, ma — appunto perché preposti a fini propri di esso — *strumentali* (serventi) rispetto allo Stato, e perciò legati a questo da vincoli di soggezione...». A.M. SANDULLI, *Diritto amministrativo*, Napoli, Jovene, 1989, vol. 1, p. 190.

[48] La giurisprudenza ha dibattuto il problema della classificazione delle aziende sanitarie nell'ambito della tipologia prevista dal diritto amministrativo. Pirone e Dal Pozzolo sostengono che «quando l'attività è resa dietro (o prevalentemente dietro) corrispettivo economico, tale situazione dà luogo al modello di "impresa" o di "azienda impresa". Quando invece l'attività è resa senza (o prevalentemente senza) corrispettivo economico, tale situazione dà luogo al (...) modello di "azienda di erogazione" o di "servizi" in senso proprio».Adottate queste definizioni dovremmo dire che le aziende ospedaliere e i presidi ospedalieri delle usl in quanto erogatori di prestazioni sanitarie, corrispondono al modello di azienda impresa, mentre le restanti strutture operative delle usl (in quanto la usl è anche fruitrice di prestazioni fornite dalle strutture pubbliche e private accreditate) corrispondono al modello di azienda di servizi. G. DAL POZZOLO - F. PIRONE, *I presidi ospedalieri nelle nuove aziende Usl: assetto organizzativo e gestionale*, in «Ragiusan», 1995, 139, pp. 6 e ss..

In Puglia la legge regionale di definizione degli ambiti territoriali del 14/6/94 n.18 ha comportato la riduzione del numero delle usl da cinquantacinque a dodici e l'istituzione di sei aziende ospedaliere; sono stati inoltre riconfermati i due istituti di ricovero e cura a carattere scientifico già presenti nella regione: istituto specializzato oncologico di Bari, ospedale «De Bellis» di Castellana Grotte.

A capo dell'azienda è posto un direttore generale a cui sono conferiti tutti i poteri di gestione e di rappresentanza[49], affiancato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario ed assistito da un consiglio dei sanitari[50], nonché dal collegio dei revisori[51], organo di controllo

[49] D'Elia sostiene che la legge ha delineato per «l'organo monocratico di vertice» un profilo con poteri tali da non avere uguali nel mondo della pubblica amministrazione ed altri autori estendono questa considerazione anche in riferimento alla figura del direttore generale delle grosse aziende. I poteri assegnati dalla legge al direttore generale, riconducibili alle sei autonomie attribuite alle aziende, costituiscono, sostiene D'Elia, i tratti della figura del *contract manager*, figura «che riunisce in sè le caratteristiche per poter gestire l'*evolution and revolution* del sistema sanitario, con l'obiettivo da un lato di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario con livelli quali-quantitativi dei servizi prodotti soddisfacenti in un quadro di promozione della salute, e dall'altro di avviare il cambiamento con tempo preordinato (cinque anni) per porre le basi dello sviluppo del futuro nella sanità». L. D'Elia, *Perché un manager alla guida della aziende sanitarie?*, in «Ragiusan», 147-148, 1996, pp. 6-8.

[50] Considerata la scelta compiuta con l'accentramento dei poteri nell'organo monocratico della direzione generale e la decisione finale di non prevedere tra gli organi della Ausl un consiglio di amministrazione (decisione forse dettata dall'intento di non ricadere nella gestione partitocratica che ha caratterizzato gli organi collegiali previsti dal precedente modello) con poteri di filtro tra la collettività e l'ente, questo organismo può assumere una funzione di particolare rilevanza. Il direttore generale, infatti, può non tener conto dei pareri obbligatori espressi da questo organo in tema di investimenti e organizzazione delle attività tecnico-sanitarie (che comprendono aspetti importanti dell'attività dell'azienda, dalla determinazione delle piante organiche e dei regolamenti del personale, alla programmazione dell'attività sanitaria, ai programmi di acquisto di impianti e attrezzature sanitarie) solo motivando su basi altrettanto tecniche la propria decisione. In proposito così si esprime Longobardi: «Sebbene la normativa istitutiva si preoccupi (...) di circoscrivere l'influenza del consiglio dei sanitari, quest'organo sembra destinato ad assumere un ruolo di primaria importanza. Appare infatti ben difficile che nella pratica il direttore generale si accolli il rischio di scelte tecnico sanitarie, specie ove implichino ingenti investimenti, in contrasto con il consiglio dei sanitari». N. Longobardi, *La nuova organizzazione...* cit., p. 1199.

[51] Altro organismo di grande rilevanza nell'organizzazione strutturale dell'ausl, composto da tre membri — designati rispettivamente dal Ministero del tesoro, dalla Regione, dalla conferenza dei sindaci e, per le aziende con un volume di spesa superiore a 200 miliardi, integrato da altri due membri indicati uno dal Ministero del tesoro ed uno dalla Regione —, e nominato dal direttore generale entro dieci giorni dalla sua nomina. Vigila sulla osservanza delle leggi e sulla gestione economico-finanziaria, accertando ogni tre mesi la consistenza di cassa e verificando la regolare tenuta della contabilità, ha poteri ispettivi e di controllo. Per l'espletamento di questi compiti tutti gli atti del direttore generale vengono notificati al collegio che, entro quindici giorni, deve

interno da lui stesso nominato. Il direttore generale è responsabile del bilancio e del buon andamento dell'azienda, disponendo di tutti i poteri di verifica e di controllo di gestione; egli nomina, oltre al collegio dei revisori, il coordinatore dei servizi sociali che fa parte, insieme al direttore amministrativo e sanitario, della direzione generale dell'azienda, nonché tutti i dirigenti delle aree e delle strutture sanitarie e socio sanitarie. I dirigenti dispongono a loro volta di autonomia gestionale, ovvero di autonomia finanziaria, tecnica ed amministrativa, e pertanto possono adottare atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, ed hanno il compito specifico di raggiungere il pareggio di esercizio attraverso la gestione efficace ed efficiente del proprio servizio[52]. Poiché ogni dirigente ha un autonomo potere di spesa in quanto ad ogni ufficio dirigenziale viene assegnata una quota parte del bilancio dell'amministrazione, ogni azienda usl ha un proprio *budget*[53] articolato in *budget* generale e in *budget* per centro di responsabilità o centro di costo.

L'articolo 15 della l.r. n.38 del 30/12/94 «Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale di controllo delle Unità sanitarie locali in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502... » prevede per l'ausl la compilazione di un bilancio pluriennale di previsione diviso in a) parte economica, b) parte finanziaria, c) parte patrimoniale articolato, in ogni singola parte, per anno e, nell'ambito di questo, per singole strutture. L'art.18, inoltre, precisa «Allo scopo di pervenire alla formulazione di articolate e puntuali previsioni, relativamente ai risultati da conseguire (...) è obbligatoria l'adozione della metodica di *budget* secondo una struttura che

---

inviare al *manager* della ausl gli eventuali rilievi. Gli esperti auspicano che i poteri di questo organo si concentrino maggiormente sui controlli di gestione rispetto a quelli di legittimità, che nel passato sono stati spesso ostacolo all'efficacia dell'azione amministrativa.

[52] Sulla individuazione precisa delle competenze di «governo» cioè di programmazione, organizzazione, direzione dell'attività dell'azienda spettanti al direttore generale, che secondo Soldati dovrebbe essere «circostritta ai provvedimenti deliberativi per i quali la l. 412/91 prescrive il controllo della Giunta regionale», ed il completo decentramento dei poteri di gestione (area residuale rispetto a quella di governo) al direttore amministrativo e al direttore sanitario, nonché ai dirigenti responsabili dei distretti, dipartimenti, strutture ed unità operative cfr. F. Soldati, *«Decentramento» dei poteri e «deregulation» delle decisioni nella gestione dell'azienda sanitaria*, in «Ragiusan», 1995, 134, pp. 6-32.

[53] «...*budget* (...), nella letteratura aziendalistica recente, è espressione che designa il bilancio economico di previsione; cioè il documento che racchiude l'insieme delle previsioni dei costi e dei ricavi di esercizio di un'azienda. Come tale il *budget* costituisce la linea guida della gestione economica dell'azienda, linea che deve tendere al pareggio di esercizio.» P. De Camelis, *La gestione per budget nelle aziende usl e ospedaliere*, «Rassegna amministrativa della sanità», 1994, lug.-sett., p. 204.

comprenda: a) il documento di direttive; b) il *budget* generale; c) il *budget* delle strutture; d) il *budget* di centro di responsabilità»[54].

Insomma la nuova azienda configurata dal recente quadro normativo regionale (l.r. n.36 del 28-12-1994 «Norme e principi per il riordino del ss regionale in attuazione del d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502... » e relativo regolamento di organizzazione generale delle aziende usl approvato con deliberazione della g.r. del 16/2/1996 n. 229) presenta una struttura organizzativa completamente diversa dalla precedente, forse più idonea ad ottenere una maggiore rispondenza tra le risorse impiegate e i risultati ottenuti in quanto persegue un più soddisfacente rapporto con l'utenza anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini[55].

Il regolamento di organizzazione prevede quattro strutture alle dirette dipendenze del direttore generale 1) l'unità di controllo di gestione, 2) la struttura burocratico legale, 3) l'unità operativa per l'attività statistica ed epidemiologica, 4) l'ufficio relazioni con il pubblico (URP) collocato, quest'ultimo, a livello di staff della direzione generale. La struttura organizzativa dell'ausl è, inoltre, dotata delle direzioni operative costituite da sei aree di cui tre amministrative (in sostituzione dei cinque servizi precedentemente esistenti), una tecnica e due sanitarie: area gestione del personale, area gestione delle risorse finanziarie, l'area gestione del patrimonio, l'area gestione servizio farmaceutico e l'area coordinamento servizi sociali; prevede, inoltre, quattro

[54] Loraschi afferma «...*budget* e controllo di gestione presuppongono un impianto contabile specializzato, la contabilità di direzione (*management accounting)* e un'organizzazione articolata in tante unità a capo delle quali è posto un *manager* che " contratta " il proprio *budget*, assumendosi la responsabilità della sua realizzazione, almeno per quanto di sua competenza. La responsabilità si materializza in una serie di premi o punizioni (avanzamenti, gratifiche o trasferimenti e anche licenziamento) connessi colla realizzazione o non del *budget*. G.C. Loraschi, *Politica, organizzazione e sistemi*...cit., p. 47.

[55] Il concetto è espresso in maniera chiara nella premessa del regolamento citato: «Il presente regolamento è finalizzato a dare alle aziende usl un assetto organizzativo che consenta di erogare l'insieme di prestazioni alle quali è necessario garantire uguali opportunità di accesso per tutti i cittadini-utenti al fine di assicurare livelli uniformi di assistenza sanitaria così come definiti dal piano sanitario nazionale 1994-96. Inoltre il modello organizzativo previsto tende a garantire l'attuazione dell'art. 14 del d.lg. 517/93 nonché dell'art. 13 della l.r. n. 36/94 anche considerando come prioritaria la partecipazione dei cittadini-utenti alla valutazione della qualità delle prestazioni rese». L'art. 13 della citata l.r. prevede, infatti, che il direttore generale di ciascuna ausl convochi «l'apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento» dell'attività in modo da concordare con gli organismi di volontariato e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini i tempi e i modi di una comune valutazione della gestione dei servizi e della erogazione delle prestazioni.

tipi di strutture operative[56]: i presidi ospedalieri e poliambulatoriali[57], il distretto socio-sanitario[58], il dipartimento di prevenzione[59], il dipartimento di salute mentale[60].

Gli ospedali sono, a loro volta, organizzati in dipartimenti[61] e unità

---

[56] Le aree e le strutture sono dirette da un dirigente apicale e sono tutte articolate al loro interno in unità operative (cui è preposto un dirigente, attesa la varietà di competenze a queste ultime attribuite) e queste in uffici. Unica eccezione è costituita dal dipartimento di prevenzione per il quale il regolamento prevede la ripartizione in servizi a loro volta suddivisi in unità operative.

[57] La funzione dell'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale è considerata unica per tutta l'ausl anche se erogata da più presidi ospedalieri e poliambulatori.

[58] I distretti sono articolati in sette unità operative: uo affari generali, uo per l'assistenza medico generica e pediatrica, ambulatoriale e domiciliare, uo per l'assistenza domiciliare e integrata, per la salute degli anziani, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, le attività socio-assistenziali delegate dai comuni (art. 11 l.r. 36/94), uo per l'assistenza specialistica, psicologica e medicina dei servizi, uo per l'assistenza riabilitativa e protesica, uo per l'assistenza farmaceutica, uo per l'assistenza consultoriale. La regione articola il territorio di ciascuna azienda in distretti comprendenti una popolazione di almeno 50 mila abitanti, cercando di far coincidere le aree del distretto con le aree urbane o con l'area di più comuni, prevedendo deroghe al numero minimo di abitanti per le aree montane o rurali. Al responsabile del distretto (nominato tra il personale sanitario della ausl con qualifica dirigenziale) spetta la gestione del budget e la gestione del personale assegnatogli.

[59] Il dipartimento di prevenzione, che dovrebbe essere unico per ciascuna ausl, è preposto «all'organizzazione ed alla promozione (...) della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia, in particolare quelle maggiormente diffuse e diffusive sia di origine umana che animale in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è sottoposta a rischio» (art. 24, l.r. 36/94). La struttura è articolata in quattro servizi (igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione, servizio veterinario suddiviso a sua volta in tre aree funzionali: della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dell'igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche); essa è diretta da un dipendente dell'azienda con qualifica dirigenziale scelto dal direttore generale tra i responsabili dei servizi del dipartimento e svolge alcune attività proprie anche a livello distrettuale. Sul modello organizzativo del dipartimento di prevenzione in Puglia cfr. A. Battista - M. Panunzio - D. M. Pedà, *Aziende Usl e dipartimento di prevenzione. Gli aspetti organizzativi alla luce della legge regionale di rioridino del servizio sanitario*, in «Tuttosanità», 1995, 21, pp. 6-9.

[60] La parte relativa all'organizzazione del dipartimento di salute mentale è stata stralciata dal regolamento perché la l.r. 36/94 attribuisce al consiglio regionale, e non alla giunta, la competenza sui servizi sovradistrettuali come quello della salute mentale.

[61] «La storia del dipartimento ospedaliero, — affermano Pellissero e Antenucci — come la storia della riforma sanitaria peraltro, è la storia delle occasioni mancate, perché la legge 59/85, pur facendo un salto notevole dal punto di vista concettuale in quanto prevedeva un'organizzazione dipartimentale nell'ambito dell'area funzionale omogenea, consentiva il mantenimento della vecchia organizzazione in divisioni, sezioni e servizi». La l. 412/91 superando la logica «compromissoria» che aveva caratterizzato la precedente normativa (già la l. 132/68 parlava di dipartimenti) e l'aveva resa di difficile applicazione, sancisce l'obbligatorietà della costituzione dei dipartimenti. I dd.lgg. 502 e 517 considerano il dipartimento, concepito come luogo dell'integrazione funzionale e del coordinamento organizzativo delle unità operative, dotato di autonomia gestionale nonché di un proprio *budget*, come lo strumento attraverso cui perseguire l'ottimizza-

operative[62]. Le unità operative sono: la direzione sanitaria, la direzione amministrativa, le unità di diagnosi e cura, la farmacia ospedaliera. Il regolamento emanato dalla Regione Puglia prevede la divisione della direzione sanitaria in sei uffici tra cui l'archivio e la biblioteca medica, mentre per la direzione amministrativa il regolamento non impone alcun modello organizzativo predeterminato. Lo stesso regolamento stabilisce, infine, che la direzione dell'azienda sia coadiuvata da una segreteria con competenze anche in materia di protocollo e archivio.

Il modello adottato dal quadro normativo nazionale e regionale comporta il definitivo superamento della commistione tra le funzioni politiche di indirizzo generale, programmazione e controllo, riservate allo Stato — scelte sui livelli assistenziali da garantire in maniera uniforme in tutto il paese[63], scelte relative all'adozione di un sistema di verifica

---

zione del consumo delle risorse (spazi e strutture, strumenti e macchinari, personale) e attraverso cui superare in maniera definitiva l'assetto organizzativo tradizionale dell'ospedale, stabilendo l'abolizione entro tre anni delle divisioni, sezioni e reparti. I dipartimenti possono essere costituiti per obiettivi o essere strutturali (quando accorpano divisioni e servizi omogenei sotto il profilo dell'attività), possono, inoltre, essere di esclusiva pertinenza ospedaliera o anche di pertinenza mista, territoriale e ospedaliera. Il primo esempio di dipartimento funzionale obbligatorio è costituito dal dipartimento di emergenza (d.p.r. del 27-3-1992). G. Pellissero - V. Antenucci, *Il dipartimento ospedaliero*, in «Ragiusan», 147-148, 1996, pp. 9-15.

[62] Le unità operative sono elemento basilare dell'organizzazione, ad esse è affidata la responsabilità clinica sui casi trattati e l'ottimizzazione del processo assistenziale diretto.

[63] Con d.p.r. dell' 1-3-1994 il governo ha emanato il piano sanitario nazionale (psn) valido per il triennio 1994-96. Il piano è adottato, sentite le commissioni parlamentari competenti, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie autonome. Le Regioni, uniformandosi alle indicazioni del psn, emettono entro centocinquanta giorni dalla pubblicazione dello stesso, secondo le modalità previste dai propri statuti, i piani sanitari regionali (psr). I piani sanitari costituiscono strumenti indispensabili per avviare politiche che, almeno negli intenti, siano finalizzate a garantire livelli uniformi di assistenza e scelte di programmazione che individuino quali domande e bisogni, espressi e non espressi, sia opportuno accogliere per ottenere una reale promozione della salute. Infatti in questo settore, dove spesso ci si scontra con le difficoltà di reperire risorse per il trattamento di patologie gravi o terminali, è necessaria una particolare attenzione nella programmazione degli obiettivi da perseguire. Scrive infatti D'Elia, a proposito del primo psn: «Il piano sanitario ritiene che esiste la possibilità di avviare interventi di prevenzione per i tumori che risultano correlati a fattori ambientali e comportamentali. Tenuta presente l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, nonché una migliore utilizzazione delle terapie disponibili, il piano sanitario ritiene che si possa ottenere una riduzione del 10% della mortalità da neoplasie». Il psn ha individuato sei macro-livelli di assistenza rispetto ai quali è assicurata la parità di accesso alle prestazioni sanitarie entro i limiti di spesa attualmente determinati. L. D'Elia, *Il punto sulla programmazione sanitaria in Italia*, in «Ragiusan», 127, 1995, p. 10.

degli obiettivi individuati[64], scelte relative alle risorse disponibili, ai modi di acquisirle ed alla distribuzione delle stesse a livello nazionale —, quelle demandate alla Regione — scelte sulla localizzazione, il numero, la specializzazione delle strutture che forniscono prestazioni sanitarie, nonché scelte sulla ripartizione regionale delle risorse —[65] e, infine, le funzioni di gestione affidate alle aziende usl — scelte relative ai fattori ed alle modalità di produzioni dei servizi e delle prestazioni —. Inoltre, poiché in aziende complesse quali quelle sanitarie sono necessarie sia le competenze per portare avanti l'attività di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione (competenze tecniche), sia quelle utili per risolvere i problemi di organizzazione di funzionamento e di controllo (competenze *manageriali*), all'interno della stessa azienda è prevista la separazione netta delle responsabilità tra la «direzione strategica» affidata al direttore generale e la gestione delle attività, delegata da quest'ultimo ai dirigenti sanitari e amministativi, che assumono piena responsabilità gestionale di ciascuna struttura intesa come centro unitario di responsabilità e ne rendono conto al direttore generale, senza

[64] I dd.lgg. 502/517 (artt. 1 c.4, 10 c.3, 12 c.4 e 14 c.1) hanno attribuito allo Stato, tramite il p.s.n., la competenza definizione di un sistema di indicatori qualitativi e quantitativi per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente erogati. Si tratta di un sistema che permette l'introduzione nel s.s., ai vari livelli, del controllo di gestione, nato in ambito *profit* ed introdotto nel settore pubblico con l'istituzione del servizio di controllo interno (d.lg. 29/93) che ha il compito di effettuare la rilevazione e la presentazione dei rendimenti e dei risultati dell'attività delle amministrazioni pubbliche. Per indicatori di gestione «si intendono (...) quei valori che si ottengono mettendo in relazione flussi economici (costi), risorse impiegate (*imput*), servizi prodotti (*output*) e risultati raggiunti (*outcome*). Essi possono essere così schematizzati: indicatori di *economicità* = costi di acquisizione // risorse acquisite; indicatori di produttività = risorse utilizzate // servizi prodotti; indicatori di qualità = servizi prodotti // risultati raggiunti. Affinché un sistema di questo tipo possa produrre utilità si richiedono almeno tre condizioni a) gli indicatori debbono essere tali da fornire un valido aiuto ai responsabili della gestione (...), b) il numero degli indicatori deve essere limitato (...), c) gli indicatori devono essere calcolati secondo metodologie omogenee...». *Indicatori per il controllo dell'efficienza e dell'economicità della spesa nel Servizio sanitario nazionale*, a cura di MEDIOBANCA, in «Amministrare», 2, 1994, pp. 305-306.

[65] La Regione nell'espletamento dei compiti di indirizzo, programmazione e controllo è coadiuvata dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Questo organismo dotato di personalità giuridica e sottoposto alla vigilanza del Ministero della sanità ha funzioni di supporto «delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazione di disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali e nelle forniture, di trasferimento dell'innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria». (art. 5, d.lg. n. 266/93).

l'interposizione di alcun altro organo o soggetto, con conseguente semplificazione e chiarezza nei livelli di responsabilità[66].

Il sistema prevede, infine, un forte ridimensionamento dei compiti assegnati allo Stato, accentrando nelle Regioni tutte le funzioni operative di direzione (indicazione delle risorse disponibili e degli obiettivi generali, ripartizione delle stesse, nomina del direttore generale, approvazione del preventivo e del rendiconto, vigilanza, controllo di gestione e poteri di commissariamento)[67], tanto da prefigurare un sistema sanitario regionale più che nazionale, anche nelle modalità di finanziamento[68] e contempla l'inserimento e l'accentuazione degli stimoli competitivi (tramite la possibilità della ausl di rivolgersi al privato per fornire dei

---

[66] «Un (...) principio essenziale attiene alla semplificazione dei livelli di responsabilità. Le unità di "line" sono sedi di allocazione complessiva ed integrata di risorse e quindi sono centri unitari di responsabilità dei quali il dirigente responsabile della gestione complessiva del presidio risponde in termini di risultati di gestione complessivi. La stretta correlazione tra responsabilità e risorse dà ragione della non interposizione di altri soggetti nel rapporto gerarchico formale e sostanziale con il vertice aziendale». Ministero della sanità, «Linee guida n. 2/96: profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari».

[67] Alcuni autori hanno espresso serie perplessità sulla capacità delle Regioni di adempiere i compiti ad essi affidati. Afferma, infatti, Vitale: «L'errore a parere dello scrivente è che lo Stato ha abdicato a gestire il fatto più importante (...) delle nuove aziende e cioè la nomina dei direttori generali che hanno (...) un potere enorme di gestione di denaro pubblico (circa 140.000 miliardi che incidono per l'8% sull'intero prodotto nazionale) e di personale (nel settore della sanità lavorano circa un milione di persone, un quinto dell'intera occupazione), in una materia estremamente delicata quale è quella della salute pubblica, affidando il tutto alle scelte degli organi politici regionali che hanno già dato prova (...) di essere votati, più che al bene generale, agli interessi di potere che rappresentano». E. Vitale, *Dall'organizzazione mutualistica...* cit., p. 253. Longobardi, generalizzando il discorso, sostiene: «Va al riguardo osservato che le Regioni, generalmente, non sono attrezzate né per impartire direttive gestionali al direttore generale, né per controllarne, se non in modi puramente formali, l'attività». N. Longobardi, *La nuova organizzazione...* cit., p. 1202.

[68] Il psn 1994-96 prevedeva l'entrata a regime del sistema di finanziamento su quote capitarie. La quota da assegnare ad ogni singola Regione viene determinata, in questo sistema sulla base dei seguenti coefficienti parametrici: popolazione residente, mobilità sanitaria per tipologie di prestazioni (da rimborsare in sede di riparto sulla base delle contabilità analitiche delle singole aziende fornite tramite le Regioni), consistenza e situazione delle strutture immobiliari, degli impianti e dotazioni strumentali. Sono previste quote di finanziamento per le Regioni con dotazioni dei servizi superiori agli *standards* di riferimento e quote di riequilibrio a favore delle Regioni particolarmente svantaggiate (anche al fine di evitare una eccessiva e dannosa mobilità sanitaria). Tuttavia le Regioni assumono piena responsabilizzazione nei confronti del finanziamento della spesa sanitaria; sono, infatti, chiamate a ripianare eventuali disavanzi delle aziende «con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato» e a far fronte autonomamente ad eventuali maggiori spese per l'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli uniformi previsti dal psn o per l'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli nazionali. Per far fronte alle maggiori spese possono prevedere forme di partecipazione alla spesa a carico dei cittadini (art. 13, d.lg. 502/92).

servizi che non è in grado di garantire)[69], nonché la valorizzazione della professionalità degli addetti in quanto nel modello aziendale la comprensione delle strategie da parte di tutte le componenti dell'azienda è presupposto indispensabile del raggiungimento degli obiettivi.

In particolare il modello organizzativo scelto dalle aziende pugliesi, poi, sembra in buona sostanza aderire al modello proposto dalle leggi e dal regolamento regionale il quale ultimo, se pure sufficientemente innovativo rispetto alla vecchia organizzazione strutturale della usl, è ancora lontano dal compiere il salto di qualità che invece in altre zone del territorio nazionale appare perlomeno delineato attraverso la «accentuazione del momento progettuale creativo essenziale alla programmazione dello sviluppo competitivo delle attività» e la scelta di un modello che privilegia l'organizzazione orizzontale rispetto a quella verticistica e verticale, attuando così una vera inversione di tendenza rispetto alla realtà organizzativa precedentemente esistente[70].

---

[69] Ai fini del miglioramento del servizio sono previste, anche in via sperimentale, forme di gestione esterna per le attività strumentali e di supporto facendo ricorso ad organizzazioni professionali specializzate presenti sul mercato. La legge finanziaria 1995 (l. 724/94) ha previsto la possibilità dell'affidamento a terzi anche di servizi di pertinenza delle ausl mediante appositi contratti a termine con imprese o attraverso forme che favoriscano l'imprenditorialità interna (cooperative di dipendenti) e la contemporanea disattivazione dei servizi interni, stabilendo comunque garanzie atte ad assicurare la qualità dei servizi.

[70] Il modello organizzativo adottato dalla ausl di Cesena — per superare la logica «a canne d'organo» di un sistema che, chiuso all'interno della autonomia tecnico-funzionale dei servizi non riusciva a dare sufficiente risalto alle competenze trasversali assegnate alla direzione ed ai coordinatori, rendendo così particolarmente difficile una gestione strategica e globale delle risorse — sceglie di dare risalto all'aspetto specialistico e «trasversale» delle funzioni attraverso l'utilizzazione, in tutti i settori di attività, del modello dipartimentale. Nella delibera di organizzazione dell'azienda del 20/1/95, n. 23 si afferma infatti: «Sul piano culturale il dipartimento si legittima come garante della partecipazione, del coinvolgimento, della condivisione delle competenze e delle responsabilità, per la realizzazione della "visione" e della "missione" dell'azienda. Sul piano dell'efficienza e dell'efficacia il dipartimento recupera i tempi morti, le contraddizioni, gli scollamenti, le sovrapposizioni e le omissioni di intervento avallati dal divisionismo organizzativo dei servizi a "canne d'organo", e rilancia le strategie della collaborazione operativa integrata come "costante" del sistema organizzativo e come "modello" di progettazione — gestione — controllo dei processi di lavoro nella logica dell'insieme». L'azienda si articola in quattro livelli organizzativi: la direzione generale, la «tecnostruttura», il «management intermedio e di collegamento», il nucleo operativo. La tecnostruttura è formata da dodici uffici alle dipendenze del direttore generale con funzioni di staff rispetto agli uffici di direzione e con primo referente nel direttore amministrativo, nel direttore sanitario o nel coordinatore dei servizi sociali a seconda dell'attività svolta da ciascun ufficio. Le funzioni di coordinamento per la programmazione e l'organizzazione del livello operativo deputato a erogare le prestazioni sono svolte da quattro settori di intervento: il dipartimento amministrativo, l'area dipartimentale dell'assistenza distrettuale e ospedaliera, il

Il riordinamento delineato dal recente quadro normativo, al di là dei modelli organizzativi scelti dalle Regioni e da ogni singola azienda, sembra voler dare a ciascuna struttura la possibilità di combinare al meglio i diversi fattori produttivi ricercando un proprio «equilibrio» che non potrà che derivare dall'insieme delle condizioni individuali, che caratterizzano ciascuna azienda (capacità del personale, strutture immobiliari, impianti strumentali, procedure di lavoro, conoscenze e competenze) cioè dalla storia che rende ogni struttura diversa dalle altre. Sembra, inoltre, voler realizzare questo obiettivo non tramite strumenti formali (riconoscimento della personalità giuridica, assegnazione di nuovi poteri formali), ma tramite l'attribuzione a ciascuna struttura di una reale autonomia funzionale per la ricerca di migliori risultati di gestione con forte responsabilizzazione negli stessi.

Le leggi trattano, se pure marginalmente, nei punti in cui è più scontato il rapporto tra correttezza nella gestione della documentazione ed efficienza gestionale, delle problematiche attinenti l'archivio. Il d.lg. 517/93 prevede che la normativa regionale di attuazione imponga la tenuta del libro delle deliberazioni (art. 6, lett. c)[71] e la l.r. della Puglia n. 38/94, dedica un articolo alle scritture contabili obbligatorie, l'art. 25, che così recita: «1) La Usl deve tenere le seguenti scritture obbligatorie: libro giornale; libro degli inventari; libro delle deliberazioni del Direttore generale, libro delle adunanze e dei verbali del Collegio dei revisori. 2) La Usl deve altresì tenere le altre scritture contabili previste dalle leggi. 3) Riguardo ai criteri, alle modalità di tenuta e di conservazione

---

dipartimento di prevenzione, l'area dipartimentale dei servizi socio-assistenziali e socio sanitari. Sempre nella logica dell'adozione di modalità organizzative ispirate alla integrazione orizzontale e polifunzionale delle competenze di tutte le aree di attività, l'azienda ha costituito «agenzie» caratterizzate dall'accorpamento di competenze e responsabilità per gestire alcune funzioni in *line* (dall'agenzia della gestione alberghiera a quella per la ristorazione, dall'agenzia per i servizi di laboratorio a quella per l'approvvigionamento del farmaco, ecc.) dimostrando così di superare la logica della «centralità» dei singoli atti per curare tutti gli aspetti riguardanti l'immagine complessiva dell'azienda (l'affidabilità, la tempestività, la flessibilità dei servizi, il decoro e la funzionalità delle strutture, la qualità dei servizi ecc.). cfr. gli allegati a G. Ricciarelli - F. Soldati, *Decentramento dei poteri...* cit., pp. 19-32.

[71] Il d.lg. 502/92, prima della modifica prevedeva all'art. 5, c. 4, lett. g l'emanazione da parte della Regione di norme che imponessero la tenuta delle seguenti scritture obbligatorie: il libro giornale; il libro degli inventari; il libro delle deliberazioni; il libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori dei conti.

delle scritture obbligatorie di cui al precedente comma 1, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del Codice Civile»[72].

Il regolamento di organizzazione delle aziende parla, poi, in più punti degli archivi: tra le competenze della segreteria generale c'è quella del protocollo e archivio; competenze in materia di protocollo sono anche assegnate alla segreteria della direzione del dipartimento di prevenzione e, per le aziende e presidi ospedalieri, è prevista la costituzione, nell'ambito della direzione sanitaria, di un ufficio «archivio cartelle cliniche e biblioteca medica».

Una maggiore sensibilità è stata dimostrata nei confronti del problema della gestione degli archivi dai *manager* delle nuove aziende. In particolare su sei aziende ospedaliere pugliesi tre hanno avviato progetti per la ristrutturazione o nuova destinazione di locali ad archivio e per il riordinamento degli archivi sanitari e amministrativi; l'Azienda policlinico di Bari — alla cui guida nell'arco di un anno si sono avvicendati due direttori generali e tre direttori amministrativi — ha portato avanti un progetto per l'organizzazione e la messa a norma degli archivi clinici correnti presso tutte le divisioni e reparti ospedalieri ed universitari. Le ausl alle quali a seguito delle visite ispettive è stata richiesta la nomina di due responsabili, uno per gli archivi amministrativi ed uno per gli archivi sanitari, hanno risposto comunicando tempestivamente i nominativi del personale cui sono stati affidati gli archivi (la prassi precedente era quella di non fornire alcun cenno di risposta alle lettere di adempimenti).

Tuttavia, ancora una volta, il futuro della gestione degli archivi non può essere considerato in maniera disgiunta dalla effettiva realizzazione del possibile cambiamento. I miglioramenti organizzativi perseguiti attraverso l'aziendalizzazione del sistema[73], l'accentramento dei poteri

[72] Il riferimento è agli artt. 2214-2220 del codice civile che elencano le scritture obbligatorie e le modalità di tenuta delle stesse. In particolare l'art. 2220 prevede che le scritture contabili siano conservate per 10 anni dalla data dell'ultima registrazione. Questa norma, fortunatamente oggi completamente disapplicata, potrebbe rivelarsi estremamente pericolosa; non appare infatti opportuno che le aziende usl scartino i bilanci preventivi, i conti consuntivi, i libri giornali e gli inventari di cui oggi è ampiamente riconosciuta l'importanza storica.

[73] Come fa giustamente rilevare Borgonovi la scelta di «aziendalizzazione» del sistema, con il previsto ampliamento del ruolo del privato rispetto al pubblico, non deve portare alla confusione dei due ambiti. La mancata regolamentazione, infatti, potrebbe innescare meccanismi perversi. Ad esempio il passaggio di una parte dei cittadini, quelli più abbienti, alla copertura privata tramite la sottoscrizione di polizze costose, potrebbe comportare il ricadere, comunque sul ssn, delle prestazioni sanitarie a più elevato costo, con conseguente riduzione delle entrate, senza proporzionale riduzione della spesa. L'autore è convinto che nel settore sanitario possa essere

nella figura del direttore generale, il riconoscimento del ruolo fondamentale dell'«informazione», l'introduzione dei sistemi di controllo che, attraverso l'uso di appropriati indicatori, permettano il controllo di gestione, possono essere strumenti efficaci e tuttavia non sufficienti a garantire l'innovazione in un settore di così grande rilievo per la vita della comunità. Un settore che, «con i suoi formalismi, le sue farraginosità fatte di tempi, adempimenti e scadenze, con il contenzioso che resta affidato alla cognizione del Giudice amministrativo»[74], rimane caratterizzato da una notevole rigidità e dalla burocratizzazione tipica delle organizzazioni strutturali a connotazione fortemente pubblicistica, caratteristiche queste che potrebbero risultare aggravate dalla dimensione provinciale delle nuove aziende[75]. Un ruolo fondamentale può senz'altro avere «lo sviluppo di una cultura e di una professionalità di *management* specifica per la sanità»[76] perché il problema reale, più che quello dell'individuazione di meccanismi idonei per selezionare *managers* capaci, sembra essere proprio quello di «non aver messo a punto una cultura e strumenti di *management* specifici» per questo settore[77] che possano operare in funzione della trasformazione del sistema[78].

---

introdotta solo una «competitività guidata dal pubblico» (*public competition*) in quanto il settore è caratterizzato da meccanismi che non possono essere equiparati a quelli dei settori dove agiscono le normali leggi di mercato. Per questo le impostazioni che vanno esclusivamente nella direzione della competitività nel settore sanitario e della privatizzazione dei servizi «possono essere giudicate in un certo qual modo ideologiche, se per ideologia si intende una politica che non si fonda su una corretta analisi e comprensione della concreta realta». E. Borgonovi, *La logica di gestione aziendale...* cit., pp. 159-160.

[74] F. Conz, *La qualità dell'assistenza sanitaria è solo un problema di costi?*, in «Ragiusan», 120, 1994, p. 201.

[75] «...ma siamo veramente sicuri che il riferimento alla dimensione "provinciale" delle future Aziende usl possa aiutare l'efficienza del servizio sanitario? Oppure non innesterà un processo di ulteriore burocratizzazione, di una vischiosità ancor maggiore dell'attuale?». *ibidem.*

[76] E. Borgonovi, *La logica di gestione aziendale...* cit., p. 156.

[77] In proposito così si esprime Conz: «...bisogna riconoscerlo, contrariamente a quanto avviene nella più parte degli Stati europei, possiamo contare su un *management*, sia gestionale che sanitario, che è sostanzialmente un autodidatta». F. Conz, *La qualità dell'assistenza...* cit., pp. 201-202.

[78] A proposito della difficoltà di avviare un ricambio della classe dirigente degli enti sanitari così si esprime Longobardi: «Diviene facile, pertanto prevedere (...) che gli aspiranti ai posti di direttore generale saranno, per lo più, gli stessi soggetti che aspiravano ai posti di amministratore straordinario, vale a dire soggetti interni al settore pubblico». N. Longobardi, *La nuova organizzazione...* cit., p. 1203. Ancor più chiaramente Sirchia: «Abbiamo cacciato i vecchi politici e li abbiamo (in parte) sbaragliati; ma quante colpe attribuite ai politici sono invece imputabili all'apparato che continua imperterrito ad imporre le sue leggi, e che oggi è forse più forte che nel passato per l'inesperienza dei nuovi politici? Il futuro della sanità si gioca sulla capacità di rinno-

I profondi mutamenti in atto nell'organizzazione della pubblica amministrazione, i nuovi metodi di formazione e conservazione dei documenti, il nuovo valore acquisito dalla scienza dell'informazione ed i suoi rapporti con la gestione degli archivi impongono anche agli archivisti l'acquisizione di una formazione tecnica più specialistica che sia utile supporto al nuovo ruolo[79] di mediazione che sono chiamati a svolgere tra gli indirizzi definiti a livello nazionale e le scelte regionali sulle politiche di gestione degli archivi, sulla formazione degli addetti, sui sistemi di produzione dei documenti informatici e sull'utilizzo dei sistemi informativi applicati agli archivi informatizzati. Un ruolo che, se acquista la necessaria spinta propositiva, può essere di grande aiuto ai processi in atto.

La necessità di ricercare una razionalizzazione delle procedure che porti al contenimento dei costi mantenendo invariato il livello quali-quantitativo dei servizi impone agli enti sanitari l'avvio di un approfondito processo di conoscenza delle attività svolte all'interno di ciascuna azienda per individuare i problemi, per valutare la fattibilità operativa delle soluzioni, per scegliere le modalità di intervento. Questo processo può portare, se si adotta un'ottica di forte integrazione delle attività svolte dai servizi attraverso l'abbandono della logica dell'uso esclusivo delle informazioni, che troppo spesso ha caratterizzato il lavoro della pubblica amministrazione, alla valorizzazione dell'attività di ciascuna struttura ed all'avvio dell'auspicato cambiamento[80] anche in presenza di un contesto fortemente statico perché ancora caratterizzato dalla prevalenza di criteri formali.

In questo processo l'archivio, inteso nel senso più ampio, quale strumento di base per l'acquisizione, l'accumulo, la conservazione, il reperimento, la conoscenza e l'utilizzazione della documentazione e del patrimonio di informazioni in essa contenuto, può svolgere un ruolo importante.

---

vare questo apparato, iniziando ad esempio a vietare che almeno i massimi dirigenti possano occupare gli stessi posti per decenni». G. SIRCHIA, *Ancora norme che impediscono...* cit., p. 214.

[79] Cfr. P. CARUCCI, *Il ruolo della formazione professionale nell'evoluzione dell'archivistica*, in «Rassegna degli Archivi di Stato», LII/3, 1992, pp. 638-646.

[80] Sostiene D'Elia che sono avviate nella sanità le sfide che fanno «delle aziende, aziende vincenti: la sfida organizzativa e la sfida delle connessioni. La sfida organizzativa che è rivolta tra l'altro: a) a superare la dicotomia di linguaggio; b) a superare i conflitti di potere interni; c) a esaltare il ruolo di ciascuno ai vari livelli. La sfida delle connessioni che è rivolta tra l'altro a far nascere la consapevolezza: a) che l'integrazione significa anche conoscenza di dati ed informazioni ad ogni livello; b) che la frammentazione e la segmentazione porta inevitabilmente la struttura verso il decadimento» E. D'ELIA, *Perché un manager...* cit., p. 8.

PRINCIPALI FONTI NORMATIVE DELLA REGIONE PUGLIA

l.r. 14 aprile 1980, n. 23: «Norme per l'istituzione degli ambiti territoriali pugliesi».

l.r. 26 maggio 1980, n. 51: «Norme per l'organizzazione ed il funzionamento delle Unità sanitarie locali».

l.r. 20 giugno 1980, n. 72: «Provvedimenti per la tutela della salute mentale».

decreto del presidente 3 luglio 1980, n. 1065: «L.R. n. 51 del 26 maggio 1980. Costituzione Unità sanitarie locali».

delibera di giunta 15 settembre 1980, n. 7013: «Criteri per il trasferimento alle UU.SS.LL. delle funzioni, dei beni e della gestione finanziaria nonché per l'utilizzazione del personale. Art. 61 legge n.833/78».

circolare 23 dicembre 1980, n. 39: «Criteri per il trasferimento alle UU.SS.LL. delle funzioni, beni e gestione finanziaria nonché per la utilizzazione del personale. Deliberazione Consiglio Regionale n. 28 del 9.12.1980. Interpretazione art. 13 L.R. 26.5.80, n. 51».

l.r. 7 gennaio 1981, n. 1: «Modifica del secondo comma dell'art. 38 della L.R. 26.5.80, n. 51».

l.r. 16 gennaio 1981, n. 8: «Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio delle Unità sanitarie locali».

l.r. 16 gennaio 1981, n. 9: «Norme transitorie per il primo funzionamento delle UU.SS.LL.».

decreto del presidente 16 marzo 1981, n. 364: «Trasferimento alle Unità sanitarie locali delle funzioni, beni, gestione finanziaria, nonché utilizzazione del personale».

circolare 18 marzo 1981, n. 6: «Direttive concernenti il trasferimento alle Unità sanitarie locali delle funzioni, beni, gestione finanziaria, nonché utilizzazione del personale».

l.r. 2 aprile 1981, n. 24: «Azioni di rivalsa sanitaria».

circolare 29 aprile 1981, n. 9: «Utilizzazione dei beni dei disciolti Enti e Gestioni mutualistici. Contratti vari».

circolare 20 maggio 1981, n. 11: «Modifiche alla circolare n. 6 prot. n. 24/8911/III del 18.3.81. Direttive concernenti il trasferimento alle UU.SS.LL. delle funzioni, beni, gestione finanziaria nonché utilizzazione del personale».

circolare 16 giugno 1981, n. 18: «Direttive concernenti il trasferimento alle UU.SS.LL. delle funzioni già svolte dall'E.N.P.I. dalle A.N.C.C. e dalle sezioni mediche e cliniche nonché dai servizi di protezione antinfortunistica degli ispettorati del lavoro».

circolare 23 luglio 1981, n. 22: «Trasferimento delle funzioni alle Unità sanitarie locali — deliberazione del Consiglio Regionale n. 129 dell'8 luglio 1981».

l.r. 27 maggio 1982, n. 23: «Modifiche ed integrazioni alla L.R. 26 maggio 1980, n. 51».

l.r. 8 novembre 1982, n. 32: «Attribuzione ed esercizio delle funzioni amministrative in materia veterinaria. Riordino dei servizi veterinari».

l.r. 22 agosto 1984, n. 37: «Modificazione dell'art. 27 della L.R. 26 maggio 1980, n. 51, recante "Norme per l'organizzazione ed il funzionamento delle Unità Sanitarie Locali" modificata con L.R. 28 maggio 1982, n. 23».

l.r. 20 luglio 1984, n. 36: «Norme concernenti l'igiene e sanità pubblica ed il servizio farmaceutico».

l.r. 5 aprile 1985, n. 14: «Istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale».

l.r. 22 maggio 1985, n. 33: «Norme per il trasferimento alle Unità sanitarie locali delle funzioni nonché del personale addetto ai servizi psichiatrici delle Province e degli Ospedali psichiatrici pubblici e privati ad integrazione della L.R. 20 giugno 1980, n. 72».

l.r. 30 maggio 1985, n. 51: «Disciplina concernente le case di cura private».

l.r. 18 gennaio 1986, n. 2: «Norme per il trasferimento delle funzioni sanitarie in materia di riabilitazione, di cui all'art. 26 della L. 23 dicembre 1978, n. 833. Abrogazione dell'art. 34 della L.R. 20 luglio 1984, n. 36».

deliberazione g.r. 28 aprile 1986, n. 3096: «Direttive per la regolamentazione c/o tutti gli istituti di ricovero e cura pubblici e privati funzionanti nella Regione Puglia, della registrazione dei ricoveri, delle degenze degli infermi, delle presenze per accompagnamento dei minori, della relativa rilevazione dei dati per la informativa da trasmettere al servizio centrale programmazione sanitaria del Ministero della sanità ed all'Assessorato regionale alla sanità».

l.r. 28 agosto 1986, n. 17: «Norme regionali di attuazione della L. 15 gennaio 1986, n. 4, con modificazioni alla L.R. 26 maggio 1980, n. 51, modificata e integrata con L.R. 27 maggio 1982, n. 23».

l.r. 17 gennaio 1988, n. 4: «Istituzione di Presidi multizonali di prevenzione».

l.r. 10 giugno 1988, n. 17: «Gestione ed utilizzazione del patrimonio destinato alle funzioni del servizio sanitario».

l.r. 24 gennaio 1989, n. 3: «Differimento dei termini previsti dall'art. 8 della legge regionale 30 maggio 1985, n. 51, concernente la disciplina delle case di cura private».

l.r. 22 agosto 1989, n. 13: «Norme concernenti la materia verterinaria».

l.r. 20 aprile 1990, n. 14, «Disposizioni transitorie per i servizi sanitari e amministrativi delle Unità sanitarie locali».

l.r. 30 aprile 1990, n. 15: «Modifica L.R. 28 agosto 1986, n. 17, concernente norme regionali di attuazione della L. 15 gennaio 1986, n. 4 (Disposizioni transitorie in attesa della riforma istituzionale delle UU.SS.LL.).».

l.r. 30 aprile 1990, n. 17: «Modificazioni e integrazioni alla L.R. 20 luglio 1984, n. 36: "Norme concernenti l'igiene e la sanità pubblica ed il servizio farmaceuitico"».

dd.p.g.r. 30 giugno 1993, nn. 329-383: «Nomina commissari straordinari UU.SS.LL.».

deliberazione c.r. 29 novembre 1993, n. 681: «Convenzione Regione Puglia — Università degli Studi di Bari (Legge n. 833/78, art. 39) — (Delibere di Giunta n. 4863 del 24.7.92, n. 3230 del 9-8-93 e n. 4261 del 3-11-93)».

l.r. 14 giugno 1994, n. 18: «Norme per l'istituzione degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL.».

d.p.g.r. 22 luglio 1994, n. 447: «D.L. n. 401 del 24 giugno 1994, art. 1, comma quarto; deliberazione G.R. n. 4910 del 21 luglio 1994; nomina commissari straordinari nelle unità sanitarie locali; ulteriori determinazioni; adempimenti conseguenti».

l.r. 28 dicembre 1994, n. 36: «Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517».

l.r. 30 dicembre 1994, n. 38: «Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità sanitarie locali in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517».

l.r. 19 aprile 1995, n. 22: «Norme di tutela dei diritti del malato»

l.r. 21 aprile 1995, n. 25: «Modifica della legge regionale 14 giugno 1994, n. 18 concernente: "Norme per l'istituzione degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL».

l.r. 26 aprile 1995, n. 26: «Trasferimento alle Unità sanitarie locali della competenza in ordine ai pagamenti nei confronti delle istituzioni private e convenzionate con la Regione Puglia a norma degli artt. 26 e 44 della legge 23 dicembre 1978 n. 833».

deliberazione g.r. 9 novembre 1995, n. 5081: «L.R. 28-12-1994, n. 36 art. 20 comma 3° — Direttive per disciplinare le modalità di elezione e la composizione e il funzionamento del Consiglio dei sanitari».

d.p.g.r. 16 novembre 1995, n. 682: «Costituzione delle aziende ospedaliere "Ospedale Vito Fazzi" di Lecce, "Ospedale Di Venere e Giovanni XXIII" di Bari ed immissione nella funzione dei rispettivi Direttori generali».

deliberazione g.r. 16 febbraio 1996, n. 229: «Regolamento organizzazione art. 14 l.r. 28-12-1994, n. 36».

d.p.g.r. 21 febbraio 1996, n. 53: «Costituzione della Azienda ospedaliera SS. Annunziata di Taranto ed immissione nella funzione del Direttore generale».

d.p.g.r. 21 febbraio 1996, n. 54: «Costituzione della Azienda ospedaliera Di Summa di Brindisi ed immissione nella funzione del Direttore generale».

d.p.g.r. 1 marzo 1996, n. 70: «Costituzione della Azienda ospedaliera "Ospedale Policlinico Consorziale" di Bari»

deliberazione c.r. 17 maggio 1996, n. 94: «Delibera Consiglio regionale del 16-2-1990, n. 1122 "Art. 20 legge 11-3-1988, n. 67 — Decreto Ministro Sanità 29-8-1989, n. 321 — Programma di intervento" — Modifiche (Delibera di Giunta n. 230 del 16-2-1996)».

l.r. 9 settembre 1996, n. 22: «Criteri relativi alla regolamentazione dei rapporti con gli enti ausiliari che operano nel settore delle tossicodipendenze».

l.r. 8 novembre 1996, n. 24: «Istituzione dell'osservatorio epidemiologico veterinario regionale».

deliberazione c.r. 20 dicembre 1996, n. 174: «Organizzazione della rete ospedaliera. (Delibera di Giunta n. 6739 del 13-12-1996)».

d.p.g.r. 31 gennaio 1997, n. 44: «Costituzione della Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti" di Foggia».

PRINCIPALI FONTI NORMATIVE STATALI

l. 12 febbraio 1968, n. 132: «Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera».

d.p.r. 27 marzo 1969, n. 128: «Ordinamento interno dei servizi ospedalieri».

d.p.r. 27 marzo 1969, n. 129: «Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura».

d.p.r. 14 gennaio 1972, n. 4: «Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici».

l. 7 agosto 1973, n. 519: «Modifiche ai compiti, all'ordinamento ed alle strutture dell'Istituto superiore di sanità».

l. 26 novembre 1973, n.817: «Estensione agli ospedali religiosi acattolici del trattamento e inquadramento previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132».

l. 17 agosto 1974, n. 386: «Conversione in legge con modificazioni del D.L. 8 luglio 1974, n. 264 recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria».

l. 18 aprile 1975, n. 148: «Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico. Servizio del personale medico. Dipartimento. Modifica ed integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numeri 130 e 128».

d.m. 5 agosto 1977: «Determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private».

l. 29 giugno 1977, n. 349: «Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in realzione alla riforma sanitaria».

d.p.r. 24 luglio 1977, n. 616: «Attuazione della delega di cui all'art.1 della legge 22 luglio 1975, n. 382».

l. 13 maggio 1978, n. 180: «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori».

l. 23 dicembre 1978, n. 833: «Istituzione del servizio sanitario nazionale».

l. 29 febbraio 1980, n. 33: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, concernente provvedimenti per il finanziamento del servizio sanitario nazionale (...)».

d.p.r. 31 luglio 1980, n. 613: «Riordinamento della Croce rossa italiana (art.70 della legge n.833 del 1978)».

d.p.r. 31 luglio 1980, n. 617: «Ordinamento, controllo e finanziamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 42, settimo comma, della legge n. 833 del 1978)».

d.p.r. 31 luglio 1980, n. 618: «Assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero (art. 37, primo comma, lettere a) e b), della legge n. 833 del 1978)».

l. 8 agosto 1980, n. 441: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1 luglio 1980, n. 285, concernente la disciplina transitoria delle funzioni di assistenza sanitaria delle unità sanitarie locali».

l. 27 giugno 1981, n. 331: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 30 aprile 1981, n.168, concernente misure urgenti in materia di assistenza sanitaria».

l. 27 giugno 1981, n. 332: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 30 aprile 1981, n. 169, concernente attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di trasferimento delle funzioni svolte dall'Ente nazionale prevenzione infortuni e dall'Associazione nazionale controllo combustione».

l. 28 luglio 1981, n. 393. «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 28 maggio 1981, n. 249, concernente l'assistenza sanitaria in forma indiretta in casi eccezionali».

l. 26 gennaio 1982, n. 12: «Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 26 novembre 1981, n. 678, concernente il blocco degli organici delle unità sanitarie locali».

l. 7 agosto 1982, n. 526: «Provvedimenti urgenti per lo sviluppo dell'economia».

l. 11 novembre 1983, n. 638: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, recante misure urgenti in materia previdenziale e sanitaria e per il contenimento della spesa pubblica, disposizioni per vari settori della pubblica amministrazione e proroga di taluni termini».

l. 31 ottobre 1984, n. 733: «Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, recante misure urgenti in materia sanitaria».

l. 23 ottobre 1985, n. 595: «Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988».

l. 15 gennaio 1986, n. 4: «Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali».

l. 28 febbraio 1986, n. 41: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)».

d.m. 21 novembre 1987, n. 528: «Riformulazione del regolamento interno per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Istituto superiore di sanità».

d.m. 23 dicembre 1987, n. 566: «Proroga del termine per l'adeguamento delle case di cure private alle prescrizioni contenute nel decreto ministeriale 5 agosto 1977».

l. 29 dicembre 1987, n. 531: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 30 ottobre 1987, n. 443, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria».

l. 27 gennaio 1989, n. 23: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 novembre 1988, n. 514, recante misure urgenti in materia sanitaria, nonché per il ripiano dei disavanzi di bilancio delle unità sanitarie locali e della Croce rossa italiana».

l. 19 novembre 1990, n. 334: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 15 settembre 1990, n. 262, recante misure urgenti per il funzionamento del saldo della maggiore spesa sanitaria relativa agli anni 1987 e 1988 e disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990».

l. 4 aprile 1991, n. 111: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 febraio 1991, n. 35, recante norme sulla gestione transitoria delle unità sanitarie locali».

d.m. 28 dicembre 1991: «Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera».

l. 30 dicembre 1991, n. 412: «Disposizioni in materia di finanza pubblica».

d.m. 27 gennaio 1992: «Trasferimento dei centri trasfusionali della Croce rossa italiana, ivi compreso il Centro nazionale trasfusione sangue, alle strutture sanitarie indicate dalla regione competente».

d.m. 29 gennaio 1992: «Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità».

d.m. 31 gennaio 1992, n. 286: «Regolamento recante modificazioni al decreto ministeriale 21 novembre 1987, n.528, concernente la riformulazione (...)»

d.m. 17 marzo 1992: «Modificazioni agli ambiti territoriali e rideterminazione degli organigrammi degli uffici periferici del Ministero».

d.p.r. 27 marzo 1992: «Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza».

Ministero della Sanità, Linee guida agosto 1992. (Tutela della salute degli anziani).

l. 23 novembre 1992, n. 421: «Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale».

l. 14 novembre 1992, n. 438: «Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 19 settembre 1992, n. 384, recante misure urgenti in materia di previdenza, di sanità e di pubblico impiego, nonché disposizioni fiscali».

d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

d.m. 18 febbraio 1993: «Determinazione di funzioni e compiti degli uffici veterinari del Ministero della sanità».

l. 18 marzo 1993, n. 67: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio-assistenziale».

d.p.r. 25 marzo 1993: «Decreto correttivo del decreto del Presidente della Repubblica 25 febbraio 1993 recante indizione del referendum popolare per l'abrogazione parziale della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale».

d.lg. 30 giugno 1993, n. 266: «Riordinamento del Ministero della sanità, a norma dell'art.1, comma 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

d.m. 26 luglio 1993: «Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati».

l. 27 ottobre 1993, n. 423: «Conversione in legge, con modificazione, del decreto-legge 27 agosto 1993, n. 324, recante proroga dei termini di durata in carica degli amministratori straordinari delle unità sanitarie locali, nonché norme per le attestazioni da parte delle unità sanitarie locali della condizione di handicappato in

ordine all'istruzione scolastica e per la concessione di un contributo compensativo all'Unione italiana ciechi».

d.lg. 7 dicembre 1993, n. 517: Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

l. 24 dicembre 1993, n. 537: «Interventi correttivi di finanza pubblica».

Ministero della sanità: «Atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996».

d.p.r. 2 febbraio 1994, n. 196: «Regolamento concernente il riordinamento del Ministero della sanità, in attuazione dell'art. 2, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266».

d.m. 22 febbraio 1994, n. 233: «Regolamento per la organizzazione, il funzionamento e la disciplina delle attività della Agenzia per i servizi sanitari regionali».

d.m. 25 febbraio 1994: «Elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento delle funzioni di direttore generale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere».

d.p.r. 1 marzo 1994: «Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996».

l. 17 ottobre 1994, n. 590: «Conversione in legge del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, recante disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali».

l. 23 dicembre 1994, n. 724: «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica».

d.p.c.m. 17 gennaio 1995: «Ulteriore individuazione di ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in aziende ospedaliere». (Ospedali «Di Venere» e «Giovanni XXIII» — Bari, ospedale «V. Fazzi» — Lecce).

d.m. 31 gennaio 1995: «Criteri di classificazione degli ospedali specializzati».

Ministero della sanità, linee guida n. 1/'95: «Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera».

d.p.c.m. 17 maggio 1995: «Carta dei servizi pubblici sanitari. Principi e criteri di attuazione, finalità».

Ministero della sanità, linee-guida n. 2/'95: «Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale».

d.m. 12 giugno 1995: «Aggiornamento dei codici in uso nel sistema informativo sanitario nella trasmissione dei dati ed informazioni attinenti le unità sanitarie locali delle regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e delle province autonome di Trento e di Bolzano»

d.p.c.m. 7 dicembre 1995: «Individuazione dell'ospedale "SS. Annunziata" di Taranto quale ospedale di rilevo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera».

d.p.c.m. 7 dicembre 1995: «Individuazione dell'ospedale "A. Di Summa" di Brindisi quale ospedale di rilevo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera».

l. 31 gennaio 1996, n. 34: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1 dicembre 1995, n. 509, recante disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio sanitario nazionale».

d.m. 17 luglio 1996, n. 458: «Regolamento per l'individuazione delle categorie di documenti sottratti al diritto di accesso nell'ambito dell'Istituto superiore di sanità».

l. 18 luglio 1996, n. 382: « Conversione in legge, con modificazione, del decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, recante disposizioni urgenti nel settore sanitario».

d.p.r. 1 agosto 1996, n. 518: «Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 2 febbraio 1994, n. 196, recante riordino del Ministero della sanità».

d.p.r. 16 settembre 1996, n. 533: «Regolamento recante norme sulla costituzione di società miste in materia di servizi pubblici degli enti territoriali».

d.m. 15 ottobre 1996: «Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie».

l. 23 dicembre 1996, n. 662: «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica».

d.m. 23 dicembre 1996: «Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere».

d.m. 27 dicembre 1996, n. 704: «Regolamento recante norme sull'individuazione degli uffici centrali e periferici di livello dirigenziale del Ministero della sanità».

Ministero della sanità, Linee di guida n. 1/96: «Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992».

l. 17 gennaio 1997, n. 4: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 novembre 1996 n. 583, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria».

Nota bibliografica

A. Gattai, *Cartella clinica: compilazione, gestione-archivio, aspetti giuridici e medico-legali*, Milano, OFMF, 1979, pp. 253.

Regione Puglia, *Riforma sanitaria. Disposizioni nazionali e normativa regionale*, Palo del colle (BA), Liantonio, 1981, pp. 244.

G. Alcon, *Unità sanitaria locale*, in *Dizionario di diritto sanitario*, a cura di M.S. Giannini - G. De Cesare, Milano, Giuffrè, 1984, pp. 587-634.

A.L. Bonella, *Gli archivi delle Unità Sanitarie Locali: problemi aperti e indicazioni operative*, in «Rassegna Archivi di Stato», XLVI/2, 1986, pp. 400-411.

L. Strumendo, *I diritti dei cittadini ed i compiti del servizio sanitario: difficoltà e prospettive*, in «Amministrazione e politica», 1988, 1-2, pp. 55-71.

G. SANTANIELLO, *Prospettive di modifiche all'ordinamento del servizio sanitario nazionale* in «Amministrazione e politica», 1988, 1-2, pp. 73-83.
La nuova figura del direttore generale della Usl, a cura di L. D'ELIA, Roma, Sipis, 1988, pp. 216.
S. BETTAZZONI - L. BIAGIONI GAZZOLI - S. TIBERTI, *Sistema sanitario e programmazione sanitaria*, Roma, Euroma, 1989, pp. 100.
A. MARTINO, *Unità sanitarie locali organizzazione istituzionale*, Rimini, Maggioli, 1989, pp. 389 (Strumenti di diritto pubblico 2).
REGIONE PUGLIA, *Provvedimenti e atti amministrativi in materia di assistenza sanitaria della Regione Puglia*, Palo del colle (BA), Liantonio, 1989, pp. 784.
M. BERTOLISSI, *L'unità sanitaria locale e la sua soggettività giuridica: consuntivo di dieci anni alla luce della giurisprudenza*, in «Le Regioni», 3, 1989, pp. 690-709.
E. BORGONOVI, *La logica di gestione aziendale come superamento della contrapposizione pubblico-privato nel sistema sanitario*, in «Economia italiana», 1991, 2, pp. 135-162.
M. CAMPARI - F. MASERA, *L'innovazione nella gestione della sanità*, in «Economia italiana», 1991, 2, pp. 263-275.
Lineamenti di organizzazione sanitaria, Milano, Giuffrè, 1991, pp. 337.
A. RENZO - E. FORTUNA, *Diritto e programmazione sanitaria. Il caso Veneto*, Padova, CEDAM, 1991, pp. VI-232.
P. CARUCCI, *Gli archivi ospedalieri: normativa, censimento, conservazione*, in «Pubblicazioni degli Archivi di Stato» 1991, 18, (n. mon.: *Studi in memoria di Giovanni Cassandro*), pp. 109-137.
Il riordino della sanità pugliese con l'applicazione della legge finanziaria, in «Tuttosanità», 1992, 5, pp. 2-5.
P. CARUCCI, *Il ruolo della formazione professionale nell'evoluzione dell'archivistica*, in «Rassegna Archivi di Stato», 1992, LII/3, pp. 637-646.
V. GRILLO, *Gli archivi delle cartelle cliniche: la sostituzione degli originali cartacei*, in «Archivi e computer», 1992, 1, pp. 51-61.
A. BALDINI - A. GATTAI, *Archivi delle cartelle cliniche: caratteristiche e specificità*, in «Archivi e computer», 1992, 3, pp. 241-245.
A. MONORCHIO, *La riqualificazione della spesa pubblica e il controllo delle sue principali componenti: sanità, pensioni, enti locali, istruzione*, in «Economia italiana», 1992, 2, pp. 173-178.
L. CORTESE, *Servizi sanitari ed aree metropolitane in Italia*, in «Bari economica», 1992, 5, pp. 31-37.
M. CLARICH, *Le nuove aziende sanitarie tra ente pubblico e impresa*, in «Ragiusan», 1993, 109-110, I, pp. 6-12.
P. LIVREA, *Policlinico, San Paolo e convenzione: la posizione dell'Università*, in «Tuttosanità», 1993, 9, pp. 28-29.
F. BARILLI, *Dopo la direttiva AIPA. Archivi ottici, le regole vanno riviste*, in «Archivi e computer», 1994, 4, pp. 371-372.
R. CERRI, *Le regole dell'AIPA sul valore legale del disco ottico. Qualche breve commento*, in «Archivi e computer», 1994, 4, pp. 370-371.

D. GRANA, *Nuove norme in materia di conservazione di documenti su supporto ottico*, in «Rassegna Archivi di Stato», 1994, LIV/3, pp. 654-659

A.P. LA CATENA, *Come funzioneranno le nuove Unità sanitarie locali*, in «Tuttosanità», 1994, 19, pp. 4-9

N. LONGOBARDI, *La nuova organizzazione delle Unità sanitarie locali*, in «Sanità pubblica», 1994, 11-12, pp. 1181-1208.

Mediobanca, *Indicatori per il controllo dell'efficienza e dell'economicità della spesa nel servizio sanitario nazionale*, in «Amministrare», 1994, 2, pp. 305-347.

F. CONZ, *La qualità dell'assistenza sanitaria è solo un problema di costi?*, in «Ragiusan», 1994, 120, pp. 200-202.

P. DE CAMELIS, *La gestione per budget nelle Aziende usl e ospedaliere*, in «Rassegna amministrativa della sanità», 1994, lug.-set., pp. 201-209.

G. SORGE, *Della conservazione ed archiviazione degli atti e dei documenti*, in «Ragiusan», 1994, 121-122, pp. 6-13.

E. DI GIAMBATTISTA, *Un 1993 difficile per la pubblica amministrazione*, in «Ragiusan», 1994, 123-124, pp. 6-9.

F. CONZ, *Il punto sulla programmazione sanitaria In Italia*, in «Ragiusan», 1994, 127, pp. 6-14.

A. BATTISTA - M. PANUNZIO - D.M. PEDÀ, *Aziende usl e dipartimento di prevenzione. Gli aspetti organizzativi alla luce della legge regionale di riordino del servizio sanitario*, in «Tuttosanità», 1995, 21, pp. 6-11.

L. D'ELIA, *Delle aziende sanitarie: quali i fattori per divenire vere aziende?*, in «Ragiusan», 1995, 131, pp. 214-215.

L. D'ELIA, *Sui presupposti, sulle condizioni e sui limiti per il sistema azienda in sanità*, in «Ragiusan», 1995, 129, pp. 270-272.

Del sistema informativo sanitario. Situazione e prospettive, Atti del convegno, Roma 23 aprile 1993, in «Ragiusan», 1995, 129, pp. 273-302.

G. SIRCHIA, *Ancora norme che impediscono una gestione manageriale nella sanità pubblica*, in «Ragiusan», 1995, 131, pp. 213-214.

E. PETTI, *L'azienda sanitaria: elementi che ne condizionano lo sviluppo*, in «Ragiusan», 1995, 131, pp. 256-257.

L. ZOFFOLI, *Compiti e funzioni dell'autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione*, in «Ragiusan», 1995, 133, pp. 6-13.

B. PRIMICERIO, *Legislazione sanitaria ed ospedaliera*, in C. MELINO - S. RUBINO - A. ALLOCCA - A. MESSINEO, *L'Ospedale. Igiene sicurezza e prevenzione*, Roma, Universo, 1997, pp. 795-845.

G. RICCIARELLI - F. SOLDATI, *"Decentramento" dei poteri e "deregulation" delle decisioni nella gestione dell'azienda sanitaria*, in «Ragiusan», 1995, 134, pp. 6-32.

G. CARNEVALI, *L'aziendalizzazione del sistema sanitario. Problematiche giuridico-amministrative*, in «Ragiusan», 1995, 135-136, pp. 9-13.

E. COLAIACOMO, *Gestione in tempo reale di un ospedale non-profit. Il sistema informativo ospedaliero*, in «Ragiusan», 1995, 139, pp. 58-61.

G. Dal Pozzolo - F. Pirone, *I presidi ospedalieri nelle nuove aziende U.S.L., assetto organizzativo e gestionale*, in «Ragiusan», 1995, 139, pp. 6-12.
G.C. Loraschi, *Politica, organizzazione e sistemi informativi in materia sanitaria*, in «Amministrare», 1995, 1, pp. 21-61.
A. Vitale, *Dall'organizzazione mutualistica al riordino del S.S.N.: l'escursus storico*, in «Ragiusan», 1995, 139, pp. 246-253.
F. Scarpino, *Lo stato di attuazione della "Carta dei servizi pubblici"*, in «Funzione pubblica», 1995, 3, pp. 313-339.
T. Luciannatelli, *Criteri di qualità ed efficienza nei servizi sanitari, alcune considerazioni*, in «Bari economica», 1995, 4, pp. 125-135.
E. Gonano, *La riforma della riforma sanitaria*, Milano, OEMF, 1995, p. 158.
L. D'Elia, *Perché un manager alla guida delle aziende sanitarie?*, in «Ragiusan», 1996, 147-148, pp. 6-8.
G. Pelissero - V. Antenucci, *Il dipartimento ospedaliero*, in «Ragiusan», 1996, 147-148, pp. 9-15.
T. Moretti - N. Rosato, *I controlli regionali sulle aziende sanitarie pugliesi*, in «Sanità pubblica», 1996, 10, pp. 1081-1097.
R. Arrigoni, *Meccanismi concorrenziali e funzionalità nella prestazione dei ser izi sanitari*, in «Sanità Pubblica», 1996, 11-12, pp. 1165-1172.
A. Bompiani, *Il recente ordinamento del ser izio sanitario nazionale e le azioni da svolgere per il potenziamento della sanità nei prossimi anni*, 4° supplemento a «Sanità pubblica», 1996, 16, pp. 47-89.

Si ringraziano per i preziosi suggerimenti le dott.sse Silvia Godelli, Maria Pia Pontrelli e Chiara Manchisi nonché la collega Flora Dibenedetto per la collaborazione alla ricerca legislativa e bibliografica.

DANIELA CAFFARATTO

Gestione e tutela degli archivi sanitari piemontesi

Premessa

I problemi degli archivi sanitari italiani sono, per la loro imprescindibilità e delicatezza, di vastissima portata. Infatti oltre agli aspetti squisitamente culturali ne esistono altri che arrivano ad investire la sfera privata delle persone. Il compito assegnato alle Soprintendenze archivistiche quindi, chiamate ad occuparsi di tutta la produzione documentaria delle istituzioni sanitarie, sia essa su supporto cartaceo sia su supporto elettronico o di altro genere, è quanto mai importante e complesso.

Cercherò pertanto qui di seguito di evidenziare i principali aspetti di tali problemi, alla luce dell'esperienza svolta durante l'attività di Soprintendenza, mantenendo il più possibile separate le problematiche relative agli archivi storici rispetto a quelle relative agli archivi di deposito e correnti, anche se sono evidentemente presenti dei fortissimi nessi tra le due parti.

1. Gli archivi storici

1.1. *I censimenti*

Dall'epoca della sua formale istituzione, ossia dalla seconda metà degli anni cinquanta, la Soprintendenza archivistica per il Piemonte e la Valle d'Aosta ha svolto e continua a svolgere un'opera graduale di censimento degli archivi sanitari nell'ambito del territorio regionale, condotta dai singoli funzionari, di pari passo con quella pertinente le altre

tipologie d'archivio (comunali, d'impresa, ecc.). L'attività è stata molto feconda tra gli anni sessanta e settanta, prima dello scioglimento delle Istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (IPAB)[1]. Su questa cospicua base di conoscenza è proseguito l'aggiornamento dei dati, realizzato però secondo le necessità, ossia in funzione dell'urgenza o meno di effettuare i sopralluoghi. Non si è avuta purtroppo finora l'opportunità e la forza (per la scarsità del personale ispettivo) di intraprendere un lavoro a tappeto, di cui è manifesta l'urgenza, soprattutto dal 1994, anno di istituzione delle aziende sanitarie regionali e delle aziende ospedaliere.

Tuttavia le relazioni ispettive in possesso della Soprintendenza, ancorché parzialmente da aggiornare, rimangono la banca dati più completa e descrittiva degli archivi sanitari piemontesi.

Altre iniziative di censimento, non orientate solo sugli archivi, ma su tutto il patrimonio culturale delle usll, sono state invece promosse da soggetti diversi.

Nel 1977 la Regione Piemonte, acquisendo dallo Stato la competenza sulle IPAB, avvertì l'esigenza di fotografare la situazione nel momento del passaggio delle competenze. Vennero pubblicate pertanto nel volume intitolato "Le I.P.A.B. in Piemonte", le schede anagrafiche delle singole istituzioni, acquisite tramite la compilazione di questionari da parte degli enti interessati[2]

Dieci anni più tardi venne data alle stampe la monumentale opera "Il catasto della beneficenza", a cura di Umberto Levra[3]. Tale pubblicazione superò il limite metodologico della precedente inchiesta e fu decisamente innovativo come impostazione, presentando le informazioni in maniera diacronica, cogliendo cioè non solo l'esistenza ma anche i principali mutamenti istituzionali in un'arco temporale di centoventi anni. Le diverse trasformazioni, i concentramenti, le fusioni, gli incorporamenti degli enti furono colti nel loro divenire, scandito in cinque momenti storici: 1861, 1880, 1938, 1965, 1977. La seconda parte della

---

[1] d.p.r. 616 del 24 luglio 1977 trasferì ai comuni "le funzioni, il personale e i beni delle I.P.A.B. operanti nell'ambito regionale", a decorrere dal 1 gennaio 1979 (poi prorogato), salvo quelle a prevalente carattere educativo religioso.

[2] Regione Piemonte - Assessorato all'Assistenza, *Le I.P.A.B. in Piemonte*, Torino, Stigra, 1980

[3] *Il catasto della beneficenza: I.P.A.B. e ospedali in Piemonte 1861-1985*, a cura di U. Levra, Torino, Regione Piemonte, 1985, 15 vol.

medesima opera, intitolata "Il patrimonio culturale. Indagine 1981" rispondeva invece all'esigenza di ottenere conoscenze specifiche sulle diverse tipologie di materiali che costituiscono tale patrimonio, segnalate dagli enti tramite un questionario.

In entrambe le pubblicazioni si dava quindi maggior peso agli aspetti istituzionali, mentre dei beni storico-culturali si forniva solo la notizia dell'esistenza o meno.

La mostra "Strumenti ritrovati. Materiali della ricerca scientifica in Piemonte fra Settecento e Ottocento", tenutasi presso l'Archivio di Stato di Torino nel 1991, costituì l'avvio di una grossa ricerca condotta da due studiosi di ambito scientifico-sanitario, Marco Galloni e Fulvia Zina Vignotto. Il primo settore da loro esplorato fu quello della strumentazione medico-chirurgica, ben presto però ampliatosi a tutti i beni culturali conservati negli ospedali, archivi e biblioteche comprese. L'idea di Galloni e Vignotto fu accolta con grande favore dall'Accademia di medicina di Torino che, con il sostegno di alcuni propri soci cultori di storia della medicina, se ne fece promotrice presso gli assessorati alla Sanità e alla Cultura della Regione Piemonte.

La prima fase dell'indagine ebbe luogo fra il 1992 e il 1993. Vennero visitati cinquantacinque ospedali, cioè circa due terzi degli esistenti. Di ciascuno di essi furono schedati tutti i beni artistici, gli strumenti e le apparecchiature scientifiche, le biblioteche e gli archivi. Poiché inizialmente la ricerca mirava prevalentemente al censimento e alla salvaguardia del patrimonio scientifico, era stata affidata a rilevatori laureati in medicina. Questi, trovandosi invece di fronte a moltissimo materiale di tipo artistico, archivistico e bibliografico, che esulava quindi dalle loro specifiche competenze, dovettero valersi della consulenza di esperti dei rispettivi settori.

Il modello di scheda utilizzata per le rilevazioni fa riferimento al programma CDS-ISIS[4], con alcune variazioni per renderla più aderente alla realtà presa in esame[5].

---

[4] Si tratta di un data base distribuito dall'UNESCO per la gestione di dati costituiti principalmente da testo

[5] Le voci che compongono la scheda sono le seguenti:denominazione, ente responsabile, data di istituzione, noto come, indirizzo, comunicazioni , responsabile , note storiche, persone, edificio, beni culturali conservati, discipline di riferimento, area cronologica dei reperti, area geografica, bibliografia, biblioteche e archivi, esposizioni, note, contatti.

Poiché anche in questo caso, le notizie sugli archivi non sono state, come detto, rilevate da archivisti, non sono confrontabili per completezza ed esaustività con quelle in possesso della Soprintendenza, tuttavia ne costituiscono un utilissimo aggiornamento, soprattutto relativamente alle modifiche intervenute nell'ubicazione dei singoli archivi ed ai nuovi referenti e responsabili.

I risultati della ricerca sono stati pubblicati sotto due forme. Presso l'Accademia di medicina e i competenti uffici regionali sono depositate le copie della schedatura originale e completa, corredate delle fotografie dei materiali più significativi. Alla fine del 1995 è stato invece stampato un volume, quale numero speciale del "Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino" dal titolo: "Beni culturali in ambiente medico chirurgico. Censimento presso gli ospedali piemontesi"[6], nel quale i dati vengono presentati in forma aggregata, per evitare di fornire involontariamente indicazioni utili a chi volesse mettere a segno un furto ed alimentare in questo modo il mercato clandestino dei collezionisti.

Il lavoro di rilevazione diretta e capillare dei dati ha indubbiamente stimolato chi, all'interno delle strutture ospedaliere, già nutriva un certo interesse per la storia dell'ente ed ha anche in molti casi creato stupore negli stessi gestori, ignari di possedere tanti beni di valore storico. Il censimento ha inoltre evidenziato la complessa realtà dei singoli nosocomi e le strette relazioni fra tutti i diversi beni componenti l'intero patrimonio.

È stato inoltre raggiunto un obiettivo molto concreto. Infatti il coinvolgimento diretto di entrambi gli assessorati regionali cointeressati, alla Sanità e alla Cultura, ha avuto come esito un intervento legislativo volto alla conservazione di tale patrimonio culturale.

Accanto infatti alle leggi nazionali, la 1089 del 1939 (sulla "tutela delle cose d'interesse artistico e storico") e il d.p.r. 1409 del 1963 (legge sugli archivi), la legge 833/78, d'istituzione del Servizio sanitario nazionale, affrontava la questione patrimoniale demandando al legislatore regionale la disciplina relativa alla tutela dei beni culturali eventualmente connessi al patrimonio trasferito, riconoscendo quindi implicitamente la

[6] M. Galloni, F. Zina Vignotto, a cura di, *Beni culturali in ambiente medico chirurgico. Censimento presso gli ospedali piemontesi*, Torino 1995 (Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino, anno CLVIII).

rilevanza di un patrimonio di grande significato per la storia della sanità. A seguito quindi del censimento dell'Accademia di medicina, la Regione Piemonte ha emanato una legge (la n.8 del 16/1/1995, "Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico finanziaria delle Unità Sanitarie Locali e delle aziende Ospedaliere"), stabilendo i confini delle nuove competenze, al fine di arginare possibili dispersioni e ribadendo gli obblighi della attuale legge nazionale di tutela. In particolare, il comma 2 dell'art. 8 ribadisce l'indisponibilità del patrimonio culturale, ne definisce le caratteristiche, stabilendo che i beni di interesse storico, artistico, scientifico, tecnologico, archivistico, bibliografico e naturalistico devono essere tutelati, valorizzati e recuperati così come prevede la legislazione nazionale sui beni culturali. L'art. 9 (comma 3, lett.d) stabilisce che l'inventario annuale dei beni delle usll e delle aziende ospedaliere contempli un titolo specifico per i beni culturali. L'art. 10 invece pone l'obbligo ai direttori generali di individuare un dipendente cui debba essere data in consegna questa particolare tipologia di beni.

Si tratta quindi di un passo assai importante nella direzione di sensibilizzazione e responsabilizzazione in primo luogo degli amministratori delle attuali aziende ospedaliere.

1.2 *Recuperare e ricomporre il patrimonio storico degli antichi ospedali*

Il recente riassetto giuridico e territoriale (l.r. n. 39 del 22/9/1994 e l.r. n. 10 del 24/1/1995) delle usll ha aggravato alcuni problemi connessi con l'attività di vigilanza svolta dalla Soprintendenza archivistica. La faticosa opera di sensibilizzazione nei confronti degli amministratori, relativamente alla corretta conservazione ed adeguata valorizzazione dei propri archivi storici, ha subìto un lungo stallo a causa di una situazione particolare verificatasi in Piemonte nel 1994, allorché le nomine dei nuovi direttori generali delle aziende regionali vennero sospese per motivi di legittimità. Pertanto la responsabilità delle istituzioni sanitarie venne affidata a commissari fino all'aprile del 1996, quando si procedette alle nuove nomine.

Solo ora è quindi possibile una ripresa del discorso con i nuovi interlocutori. Gli attuali direttori generali si trovano peraltro a dover fronteggiare una situazione ben più complessa rispetto ai loro predecessori.

Infatti la riduzione da settantacinque usll a ventidue aziende regionali e a sette aziende ospedaliere ha fatto sì che essi debbano gestire talora quattro o cinque strutture nosocomiali, ognuna delle quali frutto di una complicata storia di accorpamenti e disaggregazioni. In tale situazione uno dei pericoli è che, nel tentativo di razionalizzare gli spazi, le amministrazioni effettuino, naturalmente all'insaputa della Soprintendenza, spostamenti sconsiderati di archivi storici, generalmente non ordinati, evento che costituisce una delle maggiori cause di dispersione dei documenti.

Le troppo frequenti ridefinizioni istituzionali e territoriali avvenute nel corso del tempo hanno condotto in taluni casi ad un totale depauperamento di alcune storiche sedi ospedaliere. Ciò si è verificato per esempio a Torino all'ospedale "S. Giovanni Battista e della città di Torino". L'edificio seicentesco ha ospitato l'ospedale dal momento della sua costruzione fino al 1935, anno in cui venne inaugurata una nuova sede, in aggiunta alla precedente, denominata "Molinette". Da allora, la sede storica ha incominciato a perdere il suo patrimonio prevalentemente, ma non esclusivamente, a favore della nuova. L'archivio e quel che resta degli arredi, dei quadri e dei vasi di farmacia — peraltro estrapolati dal loro contenitore naturale, cioè dall'antica farmacia barocca — sono stati in più riprese trasferiti alle Molinette. Ma c'è di più: l'ospedale S. Giovanni alla fine degli anni settanta vendette parte del proprio edificio all'Università e alla Regione, e per lungo periodo fece addirittura parte di una usl diversa rispetto a quella della sede Molinette. Conseguentemente, se, per esempio,un ricercatore di storia della farmacia volesse studiare la farmacia dell'ospedale S. Giovanni dovrebbe recarsi nei sotterranei delle Molinette per consultare l'archivio, nell'atrio della medesima sede per vedere quel che è rimasto della collezione di vasi, mentre al Museo regionale di scienze naturali potrebbe contemplarne le scansie barocche e nella biblioteca dello stesso museo troverebbe i banconi.

Come si può vedere, situazioni paradossali come questa sono antitetiche rispetto a quanto sta ormai diventando opinione corrente fra gli studiosi della materia, che cioè occorre uno sforzo interdisciplinare per evitare ulteriori dispersioni e per ricostruire, per quanto possibile, i legami tra le singole testimonianze della vita passata di un'ospedale.

Questa idea, applicata però in senso trasversale, cioè coinvolgendo

più istituzioni che conservano reperti di vario genere interessanti la storia antropologica e della sanità, sta alla base del progetto di realizzazione del cosiddetto "Museo dell'Uomo". Si tratta di un progetto che cointeressa più enti: la Regione Piemonte, l'Università, l'usl di zona e il comune di Collegno. Il museo dovrebbe avere come sede uno dei padiglioni del complesso dell'ex ospedale psichiatrico di Collegno ed ospitare diverse raccolte: la notissima collezione Lombroso, le raccolte del Dipartimento di anatomia e fisiologia umana, il Museo di antropologia ed etnografia, le collezioni di zoologia e anatomia comparata del Dipartimento di biologia animale. Oltre a ciò si pensa di riunirvi anche gli archivi degli ex ospedali psichiatrici di Torino, attualmente mal conservati presso la struttura di Collegno[7]. Una decisione di questo tipo impone tuttavia una grande cautela, a causa della particolare delicatezza della documentazione sanitaria ivi conservata.Un polo di ricerca di questo tipo, sia pure specialistico e caldeggiato con forza dagli storici, non potrà nè dovrà comunque superare il vincolo dell'inconsultabilità di materiale documentario (cartelle cliniche) di evidente riservatezza.

1.3 *Gestione e tutela degli archivi storici*

Lo stato generale di ordinamento e conservazione degli archivi storici ospedalieri piemontesi è purtroppo assai carente. Si pensi che sull'intero territorio regionale non esiste un solo caso di archivista specificamente addetto all'archivio storico.

L'esperienza parla invece di locali sotterranei, umidi, sporchi (alla faccia dell'igiene!), attraversati da tubazioni d'ogni genere, che sempre più spesso "annaffiano" pergamene del '200, non meno che elettrocardiogrammi o radiografie di ieri.

Del tutto episodici sono stati gli interventi di riordino nell'ultimo ventennio, realizzati comunque sempre con grande fatica, nonostante gli incentivi costituiti dalla possibilità, forse poco conosciuta, di accedere a contributi della Regione Piemonte per il riordino di archivi storici, nel-

[7] L'ex ospedale psichiatrico di Collegno ha sede presso il complesso dell'antica certosa. Nel 1991 vennero trafugati tutti i vasi della storica farmacia, recuperati nel 1998 dalle forze dell'ordine.

l'ambito del "Progetto di valorizzazione del patrimonio documentario del Piemonte". Tale progetto, iniziato nel 1989 limitatamente al territorio delle Comunità montane è stato negli ultimi anni esteso a tutta la regione, prevedendo l'erogazione di contributi fino all'ottanta per cento della spesa di riordino. Non si tratta tuttavia di un progetto specificamente dedicato, come altri della Regione per le Società di mutuo soccorso, i partiti politici e gli istituti culturali. Probabilmente un piano di contributi destinati esclusivamente agli archivi sanitari otterrebbe altri riscontri.

A fronte quindi di un patrimonio documentario che spesso costituisce in sede locale la fonte più antica esistente, ad altissimo rischio di dispersione per i motivi sopra esposti, occorre pervenire al più presto a determinazioni risolutive. Poiché a mio parere, il versamento o il deposito presso gli Archivi di Stato deve essere realizzato solo in casi veramente estremi e non può costituire un semplice scarico di responsabilità, è necessario pensare ad altre soluzioni, tenuto anche conto dell'oggettiva impossibilità per molti Archivi di Stato di continuare ad acquisire fondi a causa della mancanza di spazio e di risorse umane.

Gli aspetti logistici costituiscono normalmente l'ostacolo maggiore che gli amministratori ospedalieri si trovano a dover fronteggiare. Sia che si tratti di strutture antiche, sia nuove, queste non sono certamente state pensate per contenere una massa documentaria di siffatte dimensioni, che l'avvento dell'informatica non ha per nulla ridotto.

Forse l'attivazione del d.l. 626 del 1994 — vero incubo di tutti i responsabili di strutture, sia pubbliche, sia private — può fornire un aiuto ai soprintendenti nel pretendere quantomeno l'adeguamento dei locali di deposito alle nuove norme.

Quanto poi alla gestione degli archivi storici, non vedo altra via che quella di lavorare di concerto con gli assessorati regionali competenti e con la comunità scientifica per studiare delle proposte da presentare ai direttori generali, applicabili ad una gestione aziendale moderna, compatibilmente con il quadro legislativo vigente.

Penso per esempio alla possibilità di creare dei consorzi e dei luoghi di concentrazione degli archivi, su base provinciale o sub provinciale, in modo da consentirne un'adeguata fruizione. Parallelamente, la costituzione di percorsi museali presso le singole sedi ospedaliere, consentirebbe la valorizzazione dell' "immagine" dell'azienda e la ricostruzione dell'antica fisionomia.

2. Archivi di deposito e correnti: il quadro della situazione

Dolenti, anzi dolentissime, sono le note relative agli archivi correnti! La situazione, già critica in precedenza, (soprattutto nella città di Torino, dove in dieci anni vi sono stati due cambiamenti istituzionali e territoriali), è diventata molto grave. La mancanza di una "cultura dell'archivio" sta conducendo all'incontrollabilità e all'inconsultabilità delle carte. Il personale è rimasto numericamente invariato ma con un aggravio del carico di lavoro. Non solo: molto spesso, a causa della redistribuzione degli incarichi, le persone che costituivano la memoria dell'ente per quanto attiene l'organizzazione degli archivi sono state trasferite ad altro incarico. Inoltre la cronica fame di spazio ha portato alla frammentazione degli archivi e i nuovi capannoni utilizzati per travasare disordinatamente i documenti costituiscono una sorta di parcheggio, in attesa che qualche evento miracoloso risolva la situazione.

I direttori generali si dicono consapevoli della necessità di mettere mano alla organizzazione del servizio d'archivio, ma non risulta finora che nessuno dalle buone intenzioni sia passato ai fatti. Anzi, per esempio, l'azienda S. Giovanni Battista, il polo sanitario più importante del Piemonte, comprendente anche le cliniche universitarie, ha ridotto il proprio ufficio protocollo e archivio, a causa dell'impossibilità di effettuare il turn over, a due unità, di cui una dovrebbe occuparsi anche dell'archivio storico. Esiste inoltre solitamente una netta separazione tra direzione amministrativa e sanitaria , ciascuna delle quali gestisce autonomamente i propri archivi; per non parlare delle cliniche universitarie, vero mondo a parte.

A fronte di una totale assenza di interlocutori su questo tema presso l'Assessorato regionale alla sanità, la Soprintendenza ha più volte sollecitato la formazione di gruppi di lavoro misti tra amministrazione archivistica e usl, al fine di risolvere in modo coordinato e possibilmente completo i problemi che vengono invece proposti alla spicciolata. Tali tentativi, quasi sempre andati a vuoto, hanno avuto esito positivo solamente in un caso, per una usl tipologicamente anomala in quanto priva di presidi ospedalieri ed operante esclusivamente sul territorio. Sono stati prodotti pertanto un titolario di classificazione ed una bozza di massimario di scarto tra il 1992 e il 1993, purtroppo vanificati dal subitaneo avvento della riforma. È indubbio quindi che ora il lavoro vada rivisto ed adattato alla nuova realtà: non giungono tuttavia segnali positivi al riguardo da parte dell'amministrazione del nuovo ente.

Per quanto riguarda invece l'adozione di strumenti informatici, si sa che i grandi enti pubblici stanno cercando di attrezzarsi con il protocollo informatizzato, applicato il più delle volte sconsideratamente su un archivio non strutturato, piegandosi talora più alle esigenze delle ditte produttrici di hardware e software che alla realtà del proprio archivio. Ma anche in questo caso siamo a conoscenza di un esempio in controtendenza. Una usl del cuneese, in vista dell'informatizzazione, ha infatti svolto nel 1990 un accurato lavoro preliminare di preparazione di un titolario di classificazione degli atti: ci si augura che tale modello sia ora applicabile alla nuova struttura, che ha accorpato tre usll ed ha trasferito altrove la propria direzione!

Risultati alquanto deludenti sono stati anche quelli conseguenti l'applicazione della fotoriproduzione sostitutiva delle cartelle cliniche. I primi progetti, frutto di un lungo e faticoso lavoro condotto in stretta collaborazione tra la Soprintendenza e gli enti, ebbero inizio nel 1985. Successivamente, non tutte le usll hanno fruito della consulenza della Soprintendenza e si sono rivolte direttamente all'Ufficio centrale per i beni archivistici. Della decina di progetti seguiti direttamente solo uno ha avuto esito positivo. Si tratta peraltro di un'ospedale che effettuava già da anni la fotoriproduzione e possedeva quindi una struttura e del personale specificamente addetto. Sembra infatti che i costi in termini di attrezzature e personale per impiantare un nuovo servizio di fotoriproduzione sostitutiva non siano pari al beneficio di poter scartare gli originali delle cartelle cliniche.

L'esigenza periodica dello scarto, mentre da un lato ricorda agli amministratori l'esistenza del problema degli archivi, agli archivisti ripropone dubbi mai risolti. La questione sta particolarmente a cuore a noi archivisti piemontesi, chiamati a fronteggiare situazioni d'emergenza durante la disastrosa alluvione del 1994 ed altre successive ma di minore entità, che hanno colpito anche alcuni ospedali. La necessità di dover selezionare con la massima rapidità un'enorme quantità di materiale documentario danneggiato ha riaffermato con forza quale sia l'importanza di evitare l'accumulo di materiale ingestibile ed inconsultabile e l'urgenza porre mano definitivamente al problema. L'unica soluzione praticabile in questo senso, a mio parere, è che da parte dell'Amministrazione archivistica abbia avvio la formazione di gruppi di lavoro composti da archivisti e da funzionari delle aziende ospedaliere, al fine di elaborare un titolario di classificazione ed un massimario di conservazione e scarto valido per tutto il territorio nazionale, sulla base delle varie esperienze che si conducono a livello locale.

MARINA AZZINNARI

Medicina e sanità a Napoli nel VII Congresso degli scienziati italiani (1845)

«L'uomo che si occupa della cultura delle scienze non limita già la sua patria a quel punto della terra ove venne alla luce, ma stimasi concittadino di quanti nel globo intero han comune con lui il nobile desiderio di fornire lo spirito di cognizioni, a meglio vantaggiare i suoi simili. E se in ogni genere di umano sapere è utile il viaggiare, osiam chiamarlo indispensabile per quei che professan l'arte divina, che tende a dilungare il breve periodo dell'umana esistenza, o almeno a farlo percorrere scevro di sofferenze.» S. DE RENZI, *Viaggio medico in Parigi*

Il Congresso napoletano

Nell'agosto del 1845 il marchese del Vasto, soprintendente dell'Albergo dei poveri di Napoli, incaricato da Ferdinando II di Borbone di sgombrare la capitale dai *petulanti accattoni*, dalla *molesta mendicità di professione*, in vista dell'apertura del VII congresso degli scienziati italiani, elabora un regolamento e individua il circuito urbano da pattugliarsi dalla polizia; contestualmente dispone che gli stabilimenti speciali di beneficenza dipendenti dall'Albergo dei poveri accolgano tutti i bisognosi allontanati dalla strada e i mendici reprobi imprigionati dalla polizia[1] .

È la Napoli degli anni quaranta dell'Ottocento, al crepuscolo dell'«intervallo di tolleranza» concesso dai Borbone allo sviluppo intellettuale, e

[1] ARCHIVIO DI STATO DI NAPOLI, d'ora in poi AS NA, *Archivio Borbone*, b. 879. Nello stesso tempo invita con ironia a considerare come «non è sicuramente incarico del Soprantendente del Real Albergo de' Poveri quello di andare girando e ispezionando di persona per le strade della detta Capitale, onde fare allontanare la petulante mendicità, ma bensì di colui che, allorquando si tratta di servire il suo Padrone, e sostenere il decoro del suo Paese, non bada né a rango, né a travaglio, purché si ottenga un felice risultamento ...».

in pieno clima positivistico, che si prepara ad affrontare il notevole impegno organizzativo della preparazione di un congresso internazionale di scienziati *italiani*, che registra la compresenza di pauperismo e di impegno governativo per il progresso scientifico tecnologico, di degrado ambientale e d'emergenza di nuove situazioni, quali il rilancio delle istituzioni sanitarie e ospedaliere, e di nuove figure, quali quella del medico scienziato.

Sono la nuova campagna di osservazioni e di esperimenti, la necessità di contatti frequenti fra i cultori delle scienze classificatorie, l'interesse a una terminologia scientifica unica, a determinare l'utilità dei congressi, palestra di confronto non solo scientifico[2] .

Il convegno napoletano, presieduto da Nicola Santangelo, ministro degli Interni napoletano, risulta il più frequentato dei congressi scientifico-naturalistici italiani, con oltre milleseicento partecipanti, ottocentocinquanta dei quali provenienti dal regno, e il resto da altri stati italiani e europei, articolato in nove sezioni, delle quali due sono dedicate alla medicina, la più affollata, con trecentododici membri, e alla chirurgia e anatomia, per la prima volta sezione autonoma, aperte, e con possibilità di interscambi tra partecipanti di sezioni diverse e di sedute comuni.

L'utilità dei congressi scientifici e il valore associativo della scienza, di contro a una certa pubblicistica coeva che rimarca nel congresso napoletano, forse proprio per l'eccessivo affollamento, il carattere di «festa popolare e corte della gaia scienza»[3] , vengono invece affermati da Pasquale Stanislao Mancini, nel *L'Avvenire*, sulla scorta del pensiero vichiano[4] . In tempi più recenti il carattere del congresso napoletano, dallo scopo morale non inferiore al contributo scientifico, tendente all'affermazione del giobertiano «principio d'unione», e di un sapere di portata nazionale, è riaffermato da Guido Oldrini[5].

Per regolamento, l'intero archivio dei congressi, con l'originale degli

---

[2] Cfr. M. Torrini, *Scienziati a Napoli, 1830-1845*, Napoli 1989, pp. 27 sgg.

[3] Cfr. O. Turchetti, *Napoli e il suo congresso*, Pistoia 1846, p. 15 e *Il Congresso scientifico a Napoli*, in «Rivista Europea», 1845.

[4] P.S. Mancini, *L'Avvenire dell'Associazione Intellettuale, Industriale e Morale dell'Umanità*, in «Biblioteca di Scienze Morali, Legislative ed Economiche», VI, 1845, omaggio al Settimo Congresso Scientifico Italiano.

[5] Cfr. G. Oldrini, *La cultura filosofica napoletana nell'Ottocento*, Napoli 1973, p. 263. Per il congresso in generale, negli aspetti organizzativi e in quelli scientifici, cfr. *Il Settimo Congresso degli Scienziati a Napoli. Solenne festa delle scienze severe*, a cura di M. Azzinnari, Napoli 1995.

atti e gli altri documenti, andava depositato, alla conclusione di ogni adunanza, al Museo di fisica e storia naturale di Firenze[6] , passato poi per comodato al Museo di storia della scienza. L'archivio del congresso di Napoli, virtualmente composto dall'archivio dei congressi presso il Museo di storia della scienza di Firenze, dall'archivio del Ministero e del Consiglio della pubblica istruzione e del Ministero di polizia dell'Archivio di Stato di Napoli, degli atti dell'archivio storico municipale di Napoli, è completato dalle numerose pubblicazioni realizzate nell'occasione. Le scritture relative al VII congresso dell'archivio del Ministero degli interni napoletano, significativamente, risultano disperse.

È l'Università degli studi ad ospitare i congressisti nel giorno inaugurale: nel gran salone del Museo mineralogico restaurato di recente, presenti i sovrani e la corte; nelle due settimane successive, intercorrenti tra il 20 settembre e il 5 ottobre 1845, si snodano sessioni di lavoro, itinerari culturali, sedute speciali delle accademie, pranzi sociali, ricevimenti a corte e a palazzo Santangelo, accademie musicali, incontri serali e dibattiti a palazzo Cellammare. I celebri ospiti vengono ricevuti alla grande e, pur tra i controlli di polizia sui *pennaiuoli*, visitano i musei cittadini e gli istituti scientifici, la biennale di opere delle arti del disegno, gli scavi di Pompei, i siti reali, le zone termali. Tra le cerimonie di rilievo l'inaugurazione della specola metereologica, diretta da Macedonio Melloni, l'inaugurazione delle nuove sedi dei Musei di zoologia e di anatomia patologica; altre visite riguardano gli stabilimenti speciali dipendenti dal Ministero dell'interno, quali quello degli Incurabili, dell'Annunziata, dell'Albergo dei poveri; sono previste collaborazioni degli ospedali S. Eligio, Incurabili, Loreto, con attività didattico sperimentali; si mettono a disposizione dei congressisti tutte le strutture per le dimostrazioni pratiche.

Sono anche numerose le realizzazioni per il congresso, dagli *Atti*, editi nel 1846[7] , alla guida, offerta in dono ai congressisti insieme alla medaglia recante l'effigie di Giambattista Vico, *Napoli e i luoghi celebri delle sue vicinanze*, stampata presso la tipografia di Gaetano Nobile in Napoli, e di proprietà del Ministero dell'interno, a cura di Francesco

[6] *Regolamento Generale per le Annuali riunioni italiane de' cultori delle scienze naturali*, art. 1.

[7] *Atti della Settima Adunanza degli Scienziati Italiani tenuta in Napoli dal 20 di settembre a' 5 di ottobre del MDCCCXLV*, I e II, Napoli 1846.

Puoti per gli istituti di beneficenza e di Bernardo Quaranta per la pubblica istruzione e per il coordinamento generale. Le relazioni alle sezioni scientifiche del congresso sono riportate in sintesi dal «Giornale del Regno delle Due Sicilie», dal *Diario*[8], e riprese da Angelo Antonio Rossi nel periodico «*Museo di Scienze e Letteratura*».

Due avvenimenti hanno concorso a rafforzare l'immagine del medico negli anni 1830-40 dell'Ottocento: l'epidemia di colera e i congressi degli scienziati italiani. È nell'ambito dei congressi scientifici che i medici sono candidati ad assumersi il carico di una promozione, di una «alfabetizzazione» sanitaria[9].

Tra i protagonisti di maggior prestigio del VII congresso, Oronzio Gabriele Costa e Stanislao Cannizzaro, partecipanti alle sezioni di zoologia e di chimica, mentre la rinnovata medicina napoletana viene testimoniata dagli interventi di Salvatore Tommasi, Salvatore de Renzi, Biagio Miraglia. Vengono messi a confronto progressi, sperimentazioni, studi. Partendo dall'emergenza delle malattie epidemiche e endemiche, febbri, malaria, lebbra, colera ecc., vengono analizzati i problemi delle strutture sanitarie, il servizio degli ospedali, la situazione dei manicomi e degli asili, la salubrità delle carceri. Si afferma, inoltre, l'urgenza di riorganizzare completamente il sistema sanitario, di attuare, anche nel campo della medicina, classificazioni e statistiche basate su informazioni di sicura validità scientifica.

Gli scienziati, nel più generale clima d'eredità vichiana tendente al progresso delle scienze e delle arti, all'utile sociale, alla coscienza civile, risultano espressione del secolo «positivo», che, diffidando delle teorie non confortate dai fatti, ha proclamato l'intima unione dell'idea e del fatto, della filosofia e della storia[10]. Positivismo indicato dal presidente della sezione di medicina, Vincenzo Lanza, professore di medicina pratica presso l'Università di Napoli, e autore della *Nosologia positiva*, nella seduta inaugurale della sezione, quale carattere distintivo della medicina pratica

---

[8] *Diario del Settimo Congresso degli Scienziati Italiani in Napoli dal 20 settembre al 5 di ottobre dell'anno 1845* [Napoli], [s. n.] e A. A. R. [A. A. Rossi], *Il Congresso degli Scienziati a Napoli*, in «Museo di Scienze e Letteratura», III, Napoli 1845.

[9] Cfr. M.L. Betri, *Il medico e il paziente*, in *Storia d'Italia*, Annali, VII, «Malattia e Medicina», a cura di F. Della Peruta, Torino 1984, pp. 225-226.

[10] F. De Sanctis, *Brevi osservazioni sull'archeologia considertata rispetto alla scuola*, in *Memorie e scritti giovanili*, Napoli 1931.

napoletana, che si avvale metodologicamente della «contemplazione dei fatti che stanno immediatamente e mediatamente soggetti ai sensi»[11].

Pur testimoniando un rinnovamento della medicina napoletana, e italiana, le comunicazioni scientifiche del Lanza al congresso sull'origine della cotenna pleuritica, definita «bizzarria» da Salvatore Tommasi, sulla risonanza del corpo umano, sul rapporto tra ovarite e isterismo, fanno penosa impressione; l'insistenza sull'offerta dei fatti non riesce a celare un vuoto teorico[12].

Sono piuttosto il Tommasi, Leonardo Dorotea, Salvatore de Renzi a rappresentare l'avvenuta riforma nella medicina positiva e fisiologica napoletana. La formazione presso l'Accademia degli aspiranti naturalisti e l'incontro col Costa sono decisivi per Salvatore Tommasi: i suoi lavori di naturalista e di fisiologo prima che di medico testimoniano il nuovo indirizzo, l'effettivo rinnovamento della medicina ottocentesca, tra poliedricità di formazione e progressiva specializzazione.

Nella comunicazione sulla patogenesi della febbre, considerata la febbre un'alterazione dei sistemi generali dell'organismo, e esaminate su basi fisiologiche le funzioni di un organismo sano, il Tommasi pone la questione se i sintomi della febbre siano originati da una semplice alterazione della funzione[13].

Il 1845 è l'anno in cui Salvatore Tommasi vince il concorso alla seconda cattedra di medicina pratica. Al ricorso di Pasquale Manfré concorrente alla medesima, la commissione esaminatrice replica definendo il Manfré «poco felice, ed esatto nello sperimento orale (...) commise un gravissimo e positivo errore » indicando nella terapia della sciatica l'applicazione del fuoco al dorso dell'alluce, dichiarata dannosa dal prof. Chiara, e causa di tetano, e di morte. Il Tommasi, viceversa, già approvato nel concorso precedente di patologia e distintosi nei diversi esperimenti, ha al suo attivo diverse pubblicazioni scientifiche, nonché la cura del giornale *Il Sarcone*[14].

---

[11] *Atti...* cit., I, p. 70.

[12] M. Torrini, *Il VII Congresso degli Scienziati Italiani a Napoli*, in *Il Settimo Congresso...* cit., p. 22.

[13] *Ibid.*, p. 23. Partecipa ai lavori congressuali anche il giovane Angelo Camillo de Meis.

[14] Cfr. AS NA, *Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione*, b. 598/2. Per la figura di Salvatore Tommasi, cfr. V.D. Catapano, *Medicina a Napoli nella prima metà dell'Ottocento*, Napoli 1990, p. 82.

Nel solco dello spirito comparativo ottocentesco, Salvatore de Renzi, primo medico e «storiografo» dell'ospedale centrale di S. Maria di Loreto, medico di quello degli Incurabili, socio dell'Accademia delle scienze e di altre accademie, aveva esaminato e confrontato nel 1834 il progresso scientifico e il servizio negli ospedali in Italia e in Francia[15]. Fondava il giudizio, complessivamente positivo, sugli ospedali francesi, su diversi elementi. Negli ospedali parigini la temperatura è mantenuta a circa 15 gradi, provvedendosi a tenere stufe accese nei mesi invernali da ottobre a aprile, i letti hanno due o tre materassi, lenzuola e coperte idonee, i bagni sono facilmente raggiungibili e per gli infermi si usano bagnarole, esistono generalmente luoghi di passeggio per convalescenti, viene prestato servizio volontario dalle dame di carità. La selezione medica avviene tramite concorso, dopo un tirocinio triennale; viceversa, è deplorevole l'impreparazione della classe infermieristica, per altro mal pagata. Medici e chirurgi sono in numero insufficiente rispetto alle necessità del servizio, riescono a effettuare la sola visita al mattino e vengono rimpiazzati dagli aiutanti, gli allievi fanno operazioni di piccola chirurgia. Il ricovero ha durata media di quaranta giorni, la mortalità è attestata su uno su sette, negli ospizi su uno su sei, per le donne è superiore.

Passando a esempi più concreti, a Napoli i posti degli ospedali civili non sono sufficienti al ricovero se non dei casi più gravi. Ciò nonostante, la mortalità è di uno su dieci: forse per l'influenza del clima. Su trenta pazienti affetti da tifo in cura dal prof. Chomel alla clinica Hotel Dieu, nell'isola di Nôtre-Dame, l'ospedale più antico d'Europa, il più accreditato di Parigi, per altro costruito in maniera tale da dichiararsi insalubre in Italia, ne muoiono dieci, d'età tra i quindici e i trentacinque anni; all'ospedale napoletano di Loreto, invece, il rapporto è di quindici guariti su settantasei, d'età superiore ai sessanta anni[16].

Quanto all'aspetto scientifico e ai progressi delle discipline, le scuole francese e napoletana concordano su un ippocratismo ragionato, con la differenza che quella francese ha perfezionato la diagnostica, la napoletana la terapia, rimettendo continuamente in discussione le proprie basi

[15] S. de Renzi, *Viaggio medico in Parigi. Con alcuni particolari sopra Pisa, Genova, Livorno, Marsiglia e Lione*, Napoli 1834.

[16] *Ibid., passim.*

la francese e dando per acquisiti i progressi la napoletana, costruendo e perfezionandosi lentamente. I progressi diagnostici in Francia sono attribuibili alle numerose cliniche e ai teatri anatomici. A Napoli è stato trasferito all'Università degli studi il «magnifico» gabinetto di anatomia patologica formato in lunghi anni di lavoro dal prof. Nanula[17].

Due anni prima del congresso, lo stesso de Renzi pubblica, con note e addizioni, la traduzione dell'opera di Ippolito Combes *Della Medicina in Francia e in Italia. Amministrazione, dottrine, pratica.*

Alla generale disamina comparativa dello stato della scienza, dell'ordinamento degli ospedali, dei musei scientifici, degli istituti di prevenzione e di vaccinazione, che scade talvolta in imprecisioni, se non in vistose omissioni, il de Renzi aggiunge in appendice la situazione dei progressi scientifici nei decenni 1820-30 e 1830-40, tappe di un vero e proprio «risorgimento scientifico»[18].

Lo stesso autore, nel 1845, nell'introduzione alla *Storia della Medicina italiana*, lancia un appello ai giovani medici *O giovani medici italiani, specchiatevi nella Storia.* Per percorrere il difficile sentiero della scienza, invita ad evitare lo scoglio di ogni sistema, a seguire l'osservazione «spregiudicata», confortata dalla scienza del passato[19].

Nelle sedute congressuali le relazioni dei medici italiani, mostrano, rispetto al panorama scientifico d'oltralpe, la persistenza di elementi antichi e la recezione di elementi innovativi, quali l'applicazione della statistica agli effetti della vaccinazione antivaiolosa nell'opera di Salvatore de Renzi; la classificazione delle malattie mentali, la statistica relativa e l'opera di recupero degli alienati alla vita sociale, la progettazione specifica di istituti, in quella di Biagio Miraglia; le osservazioni di Giovanni Polli sulle variazioni di colore degli ematomi e della biliverdina che lo hanno portato a concludere sulla natura dei pigmenti del sangue e della bile; l'attenzione alla medicina omeopatica, con la traduzione dal tedesco dell'opera di Hanhemann e con la richiesta del prof. de Horatiis dell'istituzione di una sottosezione specifica[20].

---

[17] *Ibidem.*

[18] I. Combes, *Della medicina in Francia e in Italia. Amministrazione, dottrine, pratica*, versione italiana con note e addizioni di Salvatore de Renzi, Napoli 1843.

[19] S. de Renzi, *Storia della Medicina Italiana*, I, Napoli 1845.

[20] Cfr. G. Villone, *I sezione. Medicina*, in *Il Settimo Congresso...* cit., pp. 61 sgg.

Tra i temi emergenti, quelli delle malattie epidemiche, come il colera, e di quelle endemiche, quali la lebbra e la malaria.

Vere e proprie novità nel campo della ricerca e sperimentazione vengono presentate da Stanislao Cannizzaro, della sezione di anatomia, fisiologia comparata, zoologia, sulla motilità muscolare, e da Raffaele Piria, della sezione di chimica, sulla costituzione molecolare dell'asparagina. L'incontro a Napoli tra Piria e il giovane Cannizzaro, che lo segue a Pisa, porrà le condizioni per la scoperta della distinzione fra peso atomico e peso molecolare presentata a Karlsruhe nel 1860.

La sezione di Chirurgia e anatomia, per la prima volta autonoma rispetto a quella di medicina in seno ai congressi, vede i significativi contributi di Nunciante Ippolito sugli effetti della legatura dell'arteria nell'aneurisma, di Leonardo Bruni, ortopedico presso l'ospedale di S. Maria di Loreto che presenta l'atlante delle deformità osservate nell'ultimo quinquennio, di Giovanni Raffaele con lo studio chirurgico per rettificare anomalie anatomiche al fine di condurre a termine la gravidanza, nell'*Atlante di Ostetricia teorico pratica*, la presenza del giovane Ferdinando Palasciano, con l'intervento sulla legatura delle arterie e sulla circolazione, il perfezionamento di strumenti già in uso, come la lancetta scanalata del Karpe per le vaccinazioni, o la cannula di Beaufort per la cura della fistola lacrimale, o come la pinza ad anelli per l'escissione dei tumori e delle tonsille di Castellacci, fondatore del giornale «Il Severino».

Presidente della sezione è Lionardo Santoro, innovatore delle tecniche di chirurgia addominale, e sostenitore dell'uso del freddo nella terapia dei traumi cranici e degli aneurismi[21]. Per l'anatomia, il 1845 è un anno particolarmente significativo proprio per l'inaugurazione del Gabinetto anatomo patologico di Antonio Nanula, nell'ambito del VII congresso.

Nello stesso anno Salvatore de Renzi pubblica la quarta edizione, definitiva, della *Topografia e Statistica Medica*, una descrizione delle caratteristiche geologiche, geografiche, climatiche, del regno in rapporto alla situazione igienico sanitaria, opera moderna nell'impostazione e in linea con l'ippocratismo imperante[22].

---

[21] G. Villone, *II Sezione Chirurgia e Anatomia, ibid.*, pp. 64 sgg. Per i presidenti delle sezioni scientifiche cfr. P. Nocera, M.L. Siragusa, *I profili dei presidenti delle Sezioni, ibid.*, pp. 175 sgg.

[22] S. de Renzi, *Topografia e Statistica medica della città di Napoli con alcune considerazioni sul*

Nella *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*, (1987) Giorgio Cosmacini nel riflettere sui rapporti tra medicina e sanità, concetti reciproci che rappresentano due storie, due profili paralleli di grandezze commensurabili, sottolinea la presenza attestata nel primo Ottocento dell'antico insegnamento ippocratico. Questo non considera la malattia un episodio isolato, bensì tende a integrare in un quadro unico salute e malattia, e assume la categoria di *ambiente* come «concreto sistema di situazioni e condizioni nel quale si svolge l'esistenza umana, dai suoi aspetti storico politici alle questioni della sanità e della malattia»[23].

Personalità ricca e complessa, quella di Salvatore de Renzi, riunisce il recupero dell'ippocratismo in medicina all'ispirazione vichiana, agli ideali giobertiani, all'impegno politico, incarnando gli ideali del VII congresso[24].

Nella nuova edizione l'opera, nata dagli studi risalenti al 1828 sulla *Topografia medica del Regno di Napoli* e al 1826 sui *Miasmi paludosi e luoghi del Regno di Napoli dove si sviluppano*, si arricchisce, in vista della presentazione al congresso, di una breve storia delle principali epidemie osservate a Napoli, di una disamina completa dell'influenza del clima nello sviluppo di alcune malattie endemiche, di più minute ricerche statistiche, di una descrizione più accurata delle istituzioni sanitarie, della ricerca dei provvedimenti di igiene pubblica e di polizia medica onde rendere Napoli città salubre e gradita agli stranieri.

Sull'uso della statistica osserva come si presenti una prova potentissima se esatta e condotta in modo tale che le cifre, tra loro omologhe, con la loro successione, rapporto e costanza, confermino quale fatto sta-

---

regno intero.Ossia Guida medica per la città di Napoli e del Regno, Napoli 1845. Nel 1845 de Renzi è cavaliere del real ordine di Francesco I, medico ordinario dell'ospedale degli Incurabili, medico e statistico dell'ospedale di S. Francesco, segretario perpetuo del real Istituto vaccinico del regno, membro della commissione superiore delle controvisite per le reclute di leva, socio di varie accademie nazionali e straniere.

[23] G. Cosmacini, *Storia della Medicina e della Sanità in Italia dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918*, Bari 1987, p. X, la citazione è tratta da M. Vegetti, *Opere di Ippocrate*, Torino 1965. Colmare le lacune della «storia interna» della medicina e di una storia sanitaria non ancora scritta, significa analizzare i molti livelli descrittivi in cui quella realtà è scomponibile, ma anche e soprattutto ricostruire tale realtà come un tutto, solido, formato dall'incrocio di tre piani ortogonali *logici-* epidemiologico, socioantropologico, tecnologico - e nel quale inserire la freccia del tempo. *Ibid.*, pp. XI-XII.

[24] Per il profilo storico di Salvatore de Renzi, cfr. la voce a cura di V. Cappelletti-F. Di Trocchio, in *Dizionario biografico degli Italiani*, Roma 1991 , XXXIX, pp. 112-118.

bile e permanente ciò che avrebbe potuto considerarsi avvenimento passeggero e isolato[25].

Strade strette, abitazioni malsane per tipo e modalità di costruzione, vicinanza di «luogo immondo» e camera da letto, acque piovane e di pozzo utilizzate anche come acque potabili, stalle alloggiate nell'abitato, sversamento di rifiuti organici e inorganici nelle strade, mercati alimentari all'aperto senza alcun rispetto di regole igieniche sino ad arrivare alla frode alimentare, per la parte generale, e cattiva nutrizione dal punto di vista della quantità e dell'adulterazione, malattie professionali, vestiario femminile particolarmente stretto e rigido, mancanza di acque potabili cittadine, per la parte medica, costituiscono le maggiori cause di disordine sanitario nel regno delle Due Sicilie, e delle patologie da ambiente urbano.

Nella capitale, per regolamento di polizia urbana si è ordinato agli abitanti di pulire la strada all'esterno delle abitazioni; di recente, un consiglio edilizio agisce per l'innovazione in città immettendo le acque nelle latrine, dal 1837 la tumulazione è stata abolita nella città, e inaugurato il nuovo camposanto a Poggioreale; il macello, sino a pochi anni prima in città, è stato trasferito oltre i Granili lungo la strada di Portici, e anche l'uso di macellare i piccoli animali nell'abitato potrebbe essere abolito. Tra i provvedimenti di polizia medica e sanitaria auspicati, quello della costruzione del nuovo acquedotto urbano, e del trasferimento delle fabbriche al di fuori del muro di cinta[26] .

L'autore della *Storia della medicina italiana* nello studio delle periodiche ama rifarsi a Lucrezio, Varrone, Columella e Palladio, poi ripresi da Kirchero e da Langio; Lucrezio aveva osservato che nei luoghi paludosi si generano insetti invisibili che si introducono nel corpi attraverso i pori o attraverso i bronchi e lo stomaco, e producono i morbi[27]. Negli anni in cui si lavora per definire i termini del binomio contagioso / epidemico[28], considera che i miasmi paludosi non possono esser provati con «artifizi» chimici; e attribuisce le febbri periodiche al ristagno delle acque, ritenute suggestive per la propagazione per contagio.

---

[25] S. de Renzi, *Topografia...* cit., p. 15.

[26] *Ibid.*, pp. 266 sgg. e pp. 283 sgg. per la situazione sanitaria della città di Napoli.

[27] *Ibid.*, p. 81.

[28] Cfr. A.L. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia...*, cit., p. 434.

Per quanto riguarda l'esame e la storia delle epidemie e delle pestilenze, queste non hanno relazione alcuna con il nostro clima e con la nostra topografia, bensì sono frutto di contagi.

Tracce indelebili del loro furore sono state lasciate dalla peste del 1527, del 1656, dal colera del 1836.

Della peste di Napoli del 1527-28 non vi sono, purtroppo, descrizioni da parte di medici storiografi, intendendosi come peste il complesso di malattie come diarree, febbri biliose e intermittenti fino ad arrivare ad una febbre castrense simile al tifo petecchiale, secondo alcune credenze anche la peste bubbonica, sviluppatesi nell'esercito francese che assediava Napoli. A Napoli furono 60.000 le vittime della «peste», e la moria continuò fino al 1529. La seconda epidemia di peste si diffuse nel 1656, questa volta certamente bubbonica, colpendo in meno di sei mesi circa 400.000 cittadini napoletani, secondo la testimonianza di Pietro Giannone. Il colera del 1836, infine, la «peste indiana», si diffuse dalle sponde del Caspio verso l'occidente attraverso la Germania e la Francia; dopo i primi casi sospetti, verificatisi a Trani, si diffuse nel resto della Puglia e a Napoli. Nella capitale viene formato un comitato di emergenza che attrezza sette ospedali per i civili, uno per i militari di terra e uno per quelli di mare. Secondo i dati statistici sugli ospedali di Napoli i morti furono 2.659. Per l'opera prestata nella lotta al colera, il de Renzi fu insignito della medaglia di cavaliere dell'ordine di Francesco I[29].

Per quel che concerne le istituzioni culturali, sono *in primis* gli istituti scientifici dell'università, ad esser coinvolti nel progetto organizzativo del congresso: al rinnovamento delle sedi e alle relative inaugurazioni museali si uniscono attività di preparazione, di studio, di sperimentazione. Vengono inaugurate le sedi dei musei di anatomia patologica e di zoologia, recanti nelle volte delle sale un ciclo di affreschi che rappresenta la creazione « là dove il luogo raccoglie le maravigliose specie

[29] S. de Renzi, *Topografia...* cit., pp. 344 sgg. È noto che quando Napoli fu assediata dall'esercito francese, il generale Lautrech fece rompere i canali che portavano le acque all'interno della città cagionando poco danno alle popolazioni, comunque fornite di sorgenti interne alle mura, ma provocando l'allagamento delle pianure sotto il campo dell'esercito invasore e l'imputridimento delle colture.

L'esercito francese sviluppò così una serie di malattie e fu colpito anche dalla sifilide dopo l'espulsione delle «donne pubbliche» dalla città. Per aumentare l'impaludamento dei terreni, gli spagnoli ruppero in seguito un altro acquedotto a Poggioreale e i francesi furono costretti a ritirarsi.

svariatissime di animali; e così trovi tra le tristi forme e le serbate reliquie de' morbi simboleggiata la pena della colpa nella cacciata del primo uomo e della prima donna dall'Eden»[30].

Nella fotografia ragionata offerta dalla guida edita da Nobile per il congresso sono elencati musei e gabinetti scientifici al 1845, tutti nel complesso del Salvatore, « perché le scienze sperimentali siano con più profitto insegnate», dirette dai titolari delle rispettive cattedre; un gabinetto di chimica filosofica fornito di tutti gli strumenti necessari agli esperimenti, anche i più ricercati, composto di due stanze destinate a laboratorio e di una a teatro di dimostrazione scientifica; un gabinetto di chimica applicata alle arti, che possiede molte macchine tra le quali una pneumatica di recente costruzione; un gabinetto di fisica sperimentale composto da quattro sale oltre l'anfiteatro per le lezioni e gli esperimenti, con molti strumenti e macchine, compresa la macchina di *adwot*, un gabinetto di materia medica contenente in tre sale le sostanze animali, minerali e vegetali, utili alla medicina, un museo mineralogico ricco di una raccolta di minerali pregevoli per lo splendore dei pezzi, della collezione Tondi e di una prima parte della collezione dei minerali vesuviani; un museo di zoologia contenente centocinquanta specie di mammiferi, settecento di uccelli, circa settanta rettili, tre pesci, fra i quali l'anguilla elettrica di Caienna; un gabinetto anatomico formato presso l'ospedale S. Francesco da Antonio Nanula, acquisito, per volere del re, per l'università; collocato tra i due musei zoologico e mineralogico, contiene pezzi di anatomia umana, e comparata, vi sono aggiunte le preparazioni di notomia comparata naturali e in cera, anche in stato normale anomalo e patologico, di Francesco Folinea e di Stefano delle Chiaje. I pezzi contenuti si aggirano sui cinquecentosettanta, in ottimo stato, parte in alcool, parte disseccati, alcuni attinenti all'anatomia umana: osteologia, miologia, splancnologia, nevrologia, angiologia; altri a quella comparata[31].

---

[30] A. R. [A. A. Rossi], *Il Congresso* ... cit., p. 226.

[31] *Napoli e i luoghi celebri delle sue vicinanze*, Napoli 1845, II, pp. 25 sgg. Sull'inadeguatezza dei gabinetti universitari cfr. M. Torrini, *Scienziati* ... cit.; sugli istituti scientifici napoletani esempio di ricerca applicata cfr. R. De Sanctis, *La nuova scienza a Napoli tra '700 e '800*, Bari 1976, p. 70; sulla prevalenza della funzione espositiva e conservativa rispetto a quella didattica e di ricerca cfr. R. Spadaccini, *In un angolo dell'Europa: i musei scientifici napoletani dal Congresso all'unità*, in «Scienze in Italia, 1840-1880. Una storia da fare», e R. Spadaccini, *I Musei scien-*

Alle soglie del congresso risulta ampiamente documentata l'attività di preparazione negli istituti scientifici: acquisti, riordinamento di collezioni, proposte di nuovi criteri di classificazione, esprimono la partecipazione delle istituzioni scientifiche all'avvenimento nelle disponibilità delle sedi, nella partecipazione dei docenti, nei contributi scientifici[32].

Le attività congressuali si collegano alle quattro cliniche universitarie di chirurgia, di medicina, di ostetricia, di oftalmica — l'ultima delle quali la più antica d'Europa — presso l'ospedale degli Incurabili, come del resto a tutti gli ospedali napoletani. Infatti, secondo quanto disposto dal governo, sia gli ospedali che i gabinetti di qualunque natura, sono pronti a effettuare tutti gli esperimenti necessari al congresso[33]. Esperimenti sugli effetti della guaiabada e della passiflora sono, ad esempio, effettuati presso gli Incurabili[34], è disponibile per i congressisti il gabinetto patologico dell'ospedale Loreto[35], sono oggetto di discussione i rapporti di diverse commissioni sulla statistica delle malattie febbrili al S. Eligio[36].

Le istituzioni riguardanti la medicina e la sanità

Nel 1845 l'intero settore sanitario risulta alle dipendenze del Ministero degli affari interni. L'unica eccezione è costituita dagli ospedali militari, dipendenti, col relativo orfanatrofio, dal Ministero di guerra e marina.

---

tifici napoletani nella prima metà dell'Ottocento, in *Gli Archivi per la storia della Scienza e della Tecnica. Atti del convegno internazionale a Desenzano del Garda, 4-8 giugno 1991*, Roma 1995, I, pp. 371-395.

[32] Cfr. *Piano e regolamento del Museo Notomico* del direttore Stefano delle Chiaje, in AS NA, *Consiglio superiore della pubblica istruzione*, b. 3072, acquisti e inventari delle collezioni, in AS NA, *Ministero della pubblica istruzione*, b. 284 II. Sulla situazione complessiva delle istituzioni scientifiche napoletane tra Sette e Ottocento cfr. G. Galasso, *Scienze, Istituzioni e attrezzature scientifiche nella Napoli del Settecento*, in *L'età dei lumi, studi sul Settecento europeo in onore di Franco Venturi*, II, Napoli 1985; sulla storia del Museo anatomico cfr. V. Mezzogiorno, *Il Museo Anatomico di Napoli*, Cava de' Tirreni 1974.

[33] Cfr. l'intervento del presidente della sezione di medicina Vincenzo Lanza nella seduta del 22 settembre 1845, in *Atti* ... cit., II, p. 75.

[34] *Ibid.*, p. 123.

[35] *Ibid.*, p. 164.

[36] *Ibid.*, p. 180.

Al secondo ripartimento dell'amministrazione civile — istruzione pubblica — fanno capo l'Università degli studi, il Collegio medico-cerusico, e farmaceutico, il Protomedicato e i gabinetti di materia medica dimostrativa, al quarto ripartimento la beneficenza, la salute pubblica, le prigioni. Tra l'altro: gli stabilimenti di beneficenza di Napoli come l'ospedale degli Incurabili, la real Casa dell'Annunziata, l'ospedale di S. Gennaro dei Poveri, il conservatorio e ospedale di S. Eligio, i conservatori e ritiri di Napoli, le case dei matti, gli ospedali civili delle prigioni, la salute pubblica quanto alle malattie ordinarie. Dal quinto ripartimento dipendono la statistica e gli stati di popolazione, gli stabilimenti di acque minerali[37]. Al Ministero degli affari interni fa capo anche l'edizione degli «Annali Civili», opera di divulgazione scientifica, *archivio de' pubblici stabilimenti e storia della civiltà napolitana*, nella definizione di Raffaele Liberatore[38].

Come anticipato, il VII congresso costituisce per Salvatore de Renzi, segretario della sezione di medicina, motivo di arricchire l'edizione della *Topografia e Statistica medica* di una descrizione più accurata delle istituzioni sanitarie del regno delle Due Sicilie, e in particolare della capitale, con ricerche statistiche aggiornate. Considera attestato l'impegno governativo: il governo assicura i mezzi d'istruzione limitando l'esercizio della medicina a coloro i quali hanno dato prova di capacità. Per il raggiungimento di questo fine concorrono l' Università degli studi, le cliniche degli ospedali, il Collegio medico cerusico e quello veterinario, i musei delle diverse branche della storia naturale, il Protomedicato generale del regno. Lo stato assicura la prevenzione delle malattie a cura del Supremo magistrato di salute e dell'Istituto centrale vaccinico. Per curare e tentare di guarire ogni ceto di persone sono operanti molte e differenziate strutture ospedaliere[39].

Il presidente generale dell' Università degli studi, sita al Gesù Vecchio, dirige l'intero settore della pubblica istruzione nel Meridione. Un rettore con nomina di durata biennale vigila sui regolamenti relativi alla

---

[37] Cfr. *Almanacco Reale del Regno delle Due Sicilie per l'anno bisestile 1844*, Napoli 1844, pp. 119 sgg.

[38] R. Liberatore, *Del Real Istituto di Clinica Medica*, in « Annali Civili del Regno delle Due Sicilie», fasc. L, mar. apr. 1841, pp. 159-167. Il periodico raccoglie contributi, fra l'altro, in materia di chimica, medicina, igiene.

[39] S. de Renzi, *Topografia* ... cit., pp. 381 sgg.

disciplina e ai doveri di professori, scolari, e impiegati. Cinque facoltà sono autorizzate a conferire i gradi dottorali. Fatte salve le cattedre di fisica, chimica, mineralogia, botanica e zoologia della facoltà di fisica e matematica, compongono la facoltà di medicina undici cattedre: anatomia descrittiva, anatomia patologica, fisiologia, patologia generale, storia della medicina e testo di Ippocrate, farmacologia, materia medica dimostrativa, medicina forense, prima cattedra di medicina pratica, seconda cattedra di medicina pratica, chirurgia teoretica[40].

Le quattro cliniche medica, chirurgica, ostetrica, oftalmica nell'ospedale degli Incurabili esistono dal 1812, stabilitevi, unitamente alla clinica medica, dal ministro degli Interni Giuseppe Zurlo. Nella chirurgica vi è un anfiteatro, e un gabinetto patologico ritenuto di poco interesse[41]. Ricollegandosi alle radici ippocratiche degli studi clinici, della medicina clinica basata sull'osservazione, Raffaele Liberatore ricorda, a proposito della loro istituzione, come da gran tempo fosse esistita presso l'ospedale degli Incurabili una clinica

... «che consiste nelle semplici visite d'un medico accompagnato da' suoi alunni o da coloro che noi diciamo *pratici*, visite seguite alle volte da un'autopsia e da una lezione nell'anfiteatro. Ma vuolsi distinguere questa clinica, diciam così da ospedale, dalla clinica da università. La prima è una specie di pratica, la seconda soltanto è innalzata a grado di scienza».

Alla recente direzione del prof. Benedetto Vulpes si deve la presentazione degli elenchi degli infermi curati, corredati da diagnosi, terapia, decorso, esito della malattia, nome dell'alunno che ha prestato assistenza, edito negli «Annali Civili»[42].

A ciascun professore di clinica è permesso richiedere il trasferimento, dagli ospedali napoletani, di malati che presentino sindromi di particolare interesse. Ogni clinica può ospitare al massimo dodici pazienti; le sale sono aperte agli alunni di mattina, per quattro ore, in tutti i giorni del calendario scolastico. La visita si effettua ogni mattina e comporta

[40] *Almanacco* ... cit., p. 448. S. DE RENZI, *Topografia* ... cit., pp. 382-383.

[41] Con decreto del 1812 alle due scuole universitarie di medicina pratica si aggiungeva quella di clinica medica, sull'esempio degli istituti di Vienna, di Pavia, di Parigi. Cfr. R. LIBERATORE, *L'Ospedale degli Incurabili*, in «Annali Civili del Regno delle Due Sicilie», fasc. XXXV, sett. ott. 1838, pp. 36-56.

[42] Cfr. R. LIBERATORE, *Del Reale Istituto di Clinica Medica*, in « Annali Civili del Regno delle Due Sicilie», fasc. L, mar. apr. 1841, pp. 159-167; e fasc. LIV, nov. dic. 1841, pp. 109-112.

l'istruzione clinica del direttore agli alunni assistenti. Nel corso della visita l'alunno assistente riferisce in iscritto l'anamnesi, la semiotica, la prognosi, la terapia. Il direttore illustra il caso clinico prima in generale e poi in particolare, prescrivendo infine la terapia. Infine gli alunni, diretti dall'aggiunto, registrano le prescrizioni del direttore, e i sintomi che si osservano, sulle cedole degli ammalati, che rimangono a vista, e saranno utilizzate per la compilazione del giornale clinico. Ogni settimana si discute una tesi clinica[43].

Allo studio speciale della medicina si accede dopo avere ottenuto la cedola in belle lettere; lo studio obbligatorio ha la durata di tre anni. La sola laurea dà diritto all'esercizio, ogni anno vengono accordate otto lauree gratuite a studenti di famiglie disagiate[44].

Nelle vicinanze dell'ospedale degli Incurabili, nell'edificio di S. Gaudioso, è posto il collegio medico cerusico, un convitto di giovani medici dipendente dall'università, collegato agli Incurabili attraverso un passaggio sotterraneo. Le materie d'insegnamento sono quelle di chirurgia operatoria, prima e seconda cattedra di chirurgia teoretica, medicina pratica, medicina chirurgico legale e testo d'Ippocrate, patologia e igiene, materia medica, fisiologia, chimica e farmacia, anatomia, fisica, botanica, belle lettere. Sono ammessi al convitto cento alunni a mezza piazza gratuita, mantenuti a spese delle province, ed altri quattro ad intera pensione gratuita; al termine dell'anno scolastico si sostengono gli esami e i quattro più bravi ricevono la laurea gratuitamente. Gli alunni del collegio assistono alle cliniche nell'ospedale degli Incurabili, e alle sezioni nei teatri anatomici, i professori conservano i privilegi e le prerogative dei professori dell'università[45].

Il Protomedicato generale in Napoli, immediatamente dipendente dal ministro degli Affari interni, con a capo il protomedico generale del regno e primo medico del re, è l'autorità incaricata di curare la regolarità

---

[43] *Napoli* ... cit., II, p. 35-36. Cfr. pure V. D. CATAPANO, *Medicina* ... cit., p. 83 e A. GIUGLIANO, *Le cliniche mediche a Napoli nella prima metà del XIX secolo*, in *Gli Archivi* ... cit., *II*, pp. 1065-1073.

Il funzionamento delle cliniche è disciplinato nel dettaglio da apposito regolamento *Articoli addizionali al Regolamento per le Cliniche*, della segreteria degli affari interni, approvato nel 1837.

[44] S. de RENZI, *Topografia* ... cit., pp. 382-383.

[45] S. de RENZI, *Topografia* ... cit., p. 384. *Almanacco* ...cit., p. 451. Cfr. pure V.D. CATAPANO, *Medicina* ... cit., pp. 15 sgg. e A. M. MURAGLIA, *Il Collegio Medico Cerusico in Napoli*, in *Gli Archivi* ... cit., II, pp. 1167-1171.

dell'esercizio e degli esercenti i diversi rami dell'arte medica. L'ufficio risale al 1530. Un collegio di dodici farmacisti effettua ispezioni annuali nelle farmacie e controlli e perizie sui medicinali. Dal 1822 è stato istituito un viceprotomedicato in ciascun distretto del regno; il controllo della salute pubblica nella capitale è affidato dal 1839 a uffici di incaricati protomedicali che agiscono di concerto con le autorità di polizia. Una Commissione protomedicale, istituita nel 1844, presieduta dal medico di camera del re, coadiuvata dal collegio di farmacisti e da quaranta speziali, sovrintende all'intero servizio. Vigila sulla condotta di medici, chirurgi, farmacisti, droghieri, semplicisti, erbolai, dentisti, «brachierai», salassatori, levatrici[46].

Il Supremo magistrato di salute, istituito nel 1819 con la Soprintendenza generale di pubblica salute in Napoli, sovrintende al servizio sanitario marittimo e interno, anche avvalendosi di un servizio medico di sei unità[47].

Protegge le coste del regno da malattie contagiose e esotiche, conosce le epidemie e le epizoozie dannose a uomini e bestiame; esercita uno speciale controllo sui litorali, sui porti, sui lazzaretti, per arrestarne i progressi e mitigarne le conseguenze, agisce di concerto con le autorità provinciali e comunali[48].

L' Istituto centrale vaccinico di Napoli per la prevenzione del vaiolo, esistente a Napoli fin dal 1802, viene potenziato da Ferdinando II[49]. Il coordinamento generale è effettuato dal reale Istituto centrale alle dipendenze del ministero degli Interni, diretto da Salvatore de Renzi, il servizio è esteso a tutto il perimetro del regno compresa la Sicilia, le disposizioni sono riunite in uno statuto unico, vengono eseguite annualmente 200.000 vaccinazioni contro le 70.000 precedenti, del tutto gratuite per la popolazione. L'Istituto centrale è composto da dieci soci

[46] S. de Renzi, *Topografia* ...cit., pp. 387-388. *Almanacco* ...cit., p. 348.

[47] Il Supremo magistrato con compiti deliberativi, la Soprintendenza con compiti esecutivi. Cfr. *Almanacco* ... cit., p. 343.

[48] S. de Renzi, *Topografia* ... cit., p. 389.

[49] Ferdinando I nel 1802 dette a un consesso di medici il titolo di istituto centrale reale vaccinico del regno e obbligò le autorità municipali a concorrere all'esecuzione della pratica vaccinica. Quest'istituzione era l'unica in Europa, ma i vaccinatori erano scarsamente compensati e le disposizioni varie e contraddittorie. Ferdinando II aumentò il compenso dei vaccinatori e fece diramare istruzioni chiare per le vaccinazioni, eseguite gratuitamente. *Ibidem*.

ordinari e da due aggiunti; in periferia esistono Commissioni presso province e distretti, e una Giunta vaccinica in ogni comune[50].

Nel giugno del 1838 si riesce, dopo trentasette anni di tentativi, a rinvenire il pus indigeno in centodieci vacche. Finalmente non è più necessaria la trasmissione del vaccino da braccio a braccio e diviene possibile rinnovarlo con facilità. A tutto il 1843 risultano vaccinati 2.700.000 soggetti a spese dell'amministrazione civile: secondo calcoli statistici del de Renzi l'omessa vaccinazione avrebbe prodotto almeno 280.000 vittime di vaiolo. La statistica delle vaccinazioni è riportata periodicamente negli «Annali Civili del Regno», mentre per le attività di studio e di ricerca, il giornale vaccinico fondato nel 1804 da Miglietta rimane un vasto e prezioso deposito di fatti e di lavori utili.

Nel 1845 esistono a Napoli nove ospedali civili e tre militari, lo stabilimento dell'Annunziata e il manicomio di Aversa.

Al grande ospedale napoletano degli Incurabili il numero medio degli infermi è di 1.000 unità circa; d'inverno, aperte le sale per le frizioni mercuriali ai sifilitici, ne possono accogliere da 1.300 a 2.000[51].

Sono esclusi dal ricovero soltanto i malati acuti febbrili, le prostitute portatrici di malattie veneree, e gli uomini con lesioni violente, destinati agli ospedali istituzionalmente preposti. La mortalità risulta maggiore di quella di ogni altro ospedale napoletano in quanto vengono ricoverati solo i casi più gravi. L'ospedale è organizzato con stanze particolari per i malati di calcolosi, per le donne gravide, per i degenti a pagamento. Quanto all'ordinamento interno, i medici sono ventisette, di cui quattro primari, otto di seconda e nove di terza classe[52].

Vi sono ancora sei medici di giornata, cioè di guardia, che ricevono gli infermi, suppliscono i medici di sala e assumono l'intero servizio dell'ospedale nelle ore di guardia. Altri sedici medici aiutanti scrivono le prescrizioni e ne curano l'osservanza. La distribuzione dei chirurgi è analoga. Medici e chirurgi sono assunti con un severo concorso. I nuovi assunti occupano il posto di medico o chirurgo di giornata di terza classe, e arrivano alla qualifica di primario per anzianità. I medici aiutanti vengono anch'essi assunti per concorso, ma per avere il grado di

[50] *Almanacco* ... cit., p. 535.

[51] Cfr. S. de Renzi, *Topografia* ... cit., p. 392 sgg.

[52] *Ibid.*, p. 394. Le classi riguardano il solo stipendio, essendo le attribuzioni eguali per tutti.

medici di giornata devono superare un concorso specifico[53]. Esiste, infine, una commissione medica consulente. Sono pubblicati nell'ospedale *Il Ricettario* curato dal prof. Semmola, e gli «Annali Clinici dell'Ospedale»[54].

L'organizzazione sanitaria prevede il funzionamento di nove sale per gli uomini, fra le quali quella dei tisici, separata dalle altre, il *camerone* dei gravissimi, e il *deposito* dei malati cronici e incurabili non autosufficienti. Dalla metà di novembre alla fine di aprile viene aperta la sala per i sifilitici; in primavera e in autunno si apre quella dei calcolosi per gli interventi chirurgici. Alle donne sono riservate otto sale, comprese quelle delle tisiche e delle gravissime, delle partorienti e delle frizioni mercuriali delle sifilitiche, aperta d'inverno. A ciascuna di esse sono preposti un medico, un chirurgo, un aiutante di medicina e uno di chirurgia. Un capocorsia somministra vitto e biancheria e vigila sulla pulizia e sull'ordine, quattro servi curano gli infermi.

Vi sono inoltre quattro infermieri a vigilare il servizio di tutte le sale; uno di essi è destinato alla cura dei tignosi, è sempre presente in ospedale un flebotomista con aiutanti. Disciplina, ordine, e esecuzione dei regolamenti dipendono da un ecclesiastico che ha il ruolo di rettore. Una «Speziaria» con deposito di droghe diretta da un chimico farmacista e con molti alunni, funziona per le prescrizioni interne e per la concessione esterna dei medicamenti gratuiti.

Un deposito di materassi, biancheria da letto e personale è tenuto da un dispensiere, che li distribuisce a richiesta dei capocorsie. Economi e ispettori vigilano su arredo, vitto, utensili. Un regolamento reale disciplina le mansioni degli impiegati[55].

Pur nel ridimensionamento della rivoluzione medica che si era effettuata a partire dal 1789 e nel primo Ottocento, dell'atmosfera ottimi-

---

[53] *Ibid.*, pp. 394-395.

[54] *Ibid.*, p. 399.

[55] *Ibid.*, p. 395. Cfr. pure G. RAIMONDI, *Cinque secoli di storia, cento anni di documenti: il «Grande ospedale degli Incurabili»*, in *Il Patrimonio del Povero*, a cura di M. SESSA, Napoli 1997, p. 38, che ricorda come dal 1522 ad oggi non vi sia mai stata interruzione dell'attività ospedaliera e come nemmeno nei momenti più terribili per la città e per il regno, l'ospedale abbia cessato di esercitare il suo «ministero». Anche durante le epidemie di colera, il nosocomio ha mantenuto la sua attività, risultando il complesso quasi un'isola in cui l'epidemia non riesce a entrare. Per la situazione ospedaliera nel suo complesso cfr. P. FRASCANI, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna 1986.

stica di illimitato progresso scientifico, il dato rivoluzionario in questo periodo è il rilancio dell'istituzione ospedaliera, l'avvio del processo formativo dell'ospedale moderno, la distinzione progressiva dei luoghi di pietà in luoghi di assistenza sociale e in luoghi di assistenza medica, la nuova competenza professionale del medico basata sulla clinica, sulla pratica ippocratica, sul metodo sperimentale[56]. In questo senso è significativa la presenza, nell'ambito degli Incurabili, delle cliniche universitarie e del collegio medico cerusico. Nell'Ottocento borbonico l'impegno governativo tendente ad una razionalizzazione delle strutture sanitarie e lo sforzo dei medici verso un'organizzazione dell'ospedale più attenta ai dettami della medicina «scientifica» si riflette in una ridefinizione del rapporto ospedale-malato. Al 1831 risalgono due significativi provvedimenti del governo borbonico per la gratuità della spesa medica a favore degli indigenti: l'ammissione agli Incurabili per i bisognosi di cure speciali da qualunque parte del regno, la gratuità delle medicine per gli indigenti, a spese dei comuni d'appartenenza[57].

Dall'Albergo dei poveri dipendono l'ospedale di S. Maria di Loreto, destinato a ricevere gli ammalati dell'Albergo stesso e i mendichi della città di Napoli[58], quello della Cesarea[59], l'ospedale di S. Maria della Fede, o Spedale delle prostitute affette da sifilide, riservato alle donne individuate attraverso i controlli di polizia[60].

L'ospedale di S. Maria della Pace ammette al ricovero i soli uomini

---

[56] G. Cosmacini, *Storia* ... cit., pp. 293-295.

[57] G. Botti, *Strutture sanitarie e malati nell'Ottocento borbonico*, in *Il Mezzogiorno preunitario. Economia, società e istituzioni. Atti del convegno Forme e limiti di un processo di modernizzazione: il Mezzogiorno d'Italia tra la crisi dell'antico regime e l'unità, Bari 23-26 ottobre 1985*, a cura di A. Massafra, Bari 1988, p. 1221 sgg. La Botti inserisce gli interventi governativi in campo sanitario e ospedaliero nel più ampio disegno della monarchia borbonica diretto a favorire l'affermazione della borghesia nel campo sociale e a creare insieme nuove forme di controllo sociale.

[58] Cfr. S. de Renzi, *Topografia*... cit., p. 403 sgg.

[59] Le norme di funzionamento dell'Albergo dei poveri sono stabilite dal regolamento del 10 dicembre 1843; dall'Albergo dipendono: l'ospizio di S. Francesco di Sales, l'ospedale della Cesarea, l'ospizio di S. Maria dell'Arco, l'ospizio dei Santi Giuseppe e Lucia, l'ospedale di S. Maria di Loreto, l'ospedale di S. Maria della Fede, l'ospizio di S. Maria della vita. Cfr. *Almanacco* ... cit., p. 527.

[60] S. de Renzi, *Topografia*... cit., p. 421 sgg. Le degenti ricoverate sono circa 2.400 l'anno, la mortalità è di circa trenta. L'ospedale ospita anche in sale separate le mendicanti e le meretrici non contagiate, tuttavia recluse perché per «sfrenatezza credute degne di venir corrette con quel castigo».

con malattie acute e febbrili; quello di S. Eligio ospita invece le donne, con malattie acute febbrili.

Destinato sin dalla sua fondazione nel 1574 ad accogliere pellegrini e convalescenti, l'ospedale della SS. Trinità dei Pellegrini viene dotato nel 1815 di una rendita per l'opera a favore di feriti e fratturati, e ricovera uomini con lesioni violente, senza alcuna limitazione di patria, religione o grado, le donne sono medicate e inviate altrove[61]. L'ospedale provvede anche ad alloggiare per tre giorni i pellegrini, e per cinque giorni i convalescenti provenienti da altri ospedali, allo scopo di garantire la guarigione con una convalescenza adeguata ed evitare le ricadute, concede pensioni in caso di amputazioni di arto.

L'ospedale di S. Francesco, detto delle prigioni, presso il borgo S. Antonio Abbate, è specifico per i detenuti. Una lapide in memoria di Luigi de Medici gli attribuisce l'opera dell'istituzione nel 1792, anche se l'avvenimento di maggior rilievo per l'ospedale è certo la creazione del primo gabinetto di anatomia umana e comparata, descrittiva e patologica, risultato dell'attività di sezione effettuata nell'anfiteatro durante le lezioni, e poi trasferito all'Università degli studi da Antonio Nanula. In quel tempo [1809] solo nell'ospedale di S. Giacomo erano in mostra alcuni pezzi di anatomia rozzamente lavorati in cera «monumenti di balordaggine» più che di sapere[62].

L'ordinamento dell'ospedale prevede, fra l'altro, sale separate per i tisici, non «per secondare il pregiudizio del nostro popolo, che crede la malattia d'indole contagiosa», ma per risparmiare agli altri infermi i fastidi prodotti, specie di notte, da questi malati che tossiscono in continuazione.

Particolare cura si ha nel rilevare tutte le informazioni utili alla statistica, e un medico «statistico» ricorre alla necroscopia nell'anfiteatro dell'ospedale ogni qualvolta sia necessario. Un ispettore di sanità dirige l'intero servizio dell'ospedale, sovrintende alla pulizia, alla ventilazione, alla disinfezione di tutte le prigioni. Il numero annuo dei ricoveri è di

[61] *Ibid.*, pp. 408 sgg. Abolito l'ospedale di S. Giacomo dove si curavano le malattie violente, Ferdinando I concesse una rendita di 14.000 ducati l'anno, per l' istituzione di un ospedale di feriti e fratturati.

[62] *Ibidem*, all'epoca ... «i caratteri anatomici del morbo, le triste impronte che questo lascia sulle parti del corpo, le aberrazioni della natura nel formare la tessitura fra' singolari apparecchi del corpo dell'uomo e quelli di altri animali, erano cose appena studiate su' libri.»

duemila uomini e quattrocento donne, il numero dei morti eccede di poco i cento[63].

Gli ospedali militari a Napoli sono tre, destinati due alla milizia di terra, uno a quella di mare, tutti dipendenti da una direzione generale nell'ambito del Ministero della guerra. L'ospedale militare della Trinità, o ospedale centrale, è il primo e il più grande ospedale militare del regno delle Due Sicilie.

È dotato di una biblioteca, di un armamentario chirurgico, di una farmacia accorsata, di un anfiteatro anatomico. Il servizio è distinto in medico e chirurgico, oftalmico, venereo, dei feriti in genere. Si ha cura speciale di prevenire il contagio dividendo i pazienti in sale separate. I medici sono distinti in prima e seconda classe, mentre per i chirurgi e i farmacisti esiste anche una terza classe. Organizzano il servizio il medico e il chirurgo più anziani, detti capo servizio. Accurati controlli sono effettuati dai farmacisti sui medicinali somministrati ai pazienti. L'ospedale del Sagramento, e quello di Piedigrotta, che accoglie i soldati di marina infermi, e i servi di pena del bagno penale di Napoli, hanno ordinamenti simili[64].

L'ospedale dell'Annunziata, «Ospizio degli Esposti», riceve nella ruota i bambini senza alcuna formalità e li destina all'istante all'allattamento delle nutrici, ne affida altri alle famiglie che ne facciano richiesta, ne manda in allattamento altri all'esterno dell'istituto. Nei quindici anni intercorrenti tra il 1828 e il 1842 risultano ammessi 30.608 bambini, dei quali sono morti 23.792, con l'indice — altissimo — di mortalità del 77%[65].

Ricoverati all'ospedale degli Incurabili fino al 1812, i folli sono accolti nel Manicomio di Aversa, in quattro conventi, alla Maddalena e a S. Agostino i curabili e i convalescenti, al Monte gli incurabili, a Montevergine le donne. I poveri sono accolti gratuitamente, gli agiati pagano sette ducati, i ricchi tredici ducati al mese. Sono ammessi soltanto i «veri folli» dopo accurata diagnosi.

Il servizio medico è svolto da quattro medici, un chirurgo, un medico capo. La direzione è affidata al cav. Simoneschi, il quale ha apportato negli ultimi anni riforme in linea con i più recenti progressi.

---

[63] *Ibid.*, p. 412.
[64] *Ibid.*, p. 427 sgg.
[65] *Ibid.*, p. 433.

I dementi, curabili e incurabili, sono divisi in classi di *habetudo* (idiotismo), *desipientia* (demenza), *vesania* (mania), *athimia* (monomania), *morbus comitialis* (epilessia con delirio).

Alle cure si aggiungono occupazioni diverse: dalla musica alla lettura, al cucito, alla tessitura, al ricamo. Una tavola statistica dei dementi al 1841 individua quali cause di follia: amor proprio leso, ambizione delusa, rammarico, tristezza, timori, scrupolosità religiosa, infedeltà, gelosia, amor contraddetto, esaltata immaginazione, cure domestiche, rovesci di fortuna, indigenza, morte di congiunti, immoralità, abuso di Venere e di vini e liquori, affezioni emorroidali, isterismo, congenita, speranze deluse, amenorrea, apoplessia, epilessia, patemi di animo, avversioni, spavento, onanismo, ereditaria[66].

Lo stato degli ospedali napoletani, civili e militari, e del manicomio di Aversa, è oggetto d'indagine di una commissione di medici e chirurgi specificamente incaricata, in seno al VII congresso[67].

Alla redazione di tre distinti rapporti concorrono l'ispettore Antonio Salvagnoli, medico ispettore della provincia di Grosseto, per gli ospedali civili, Bernardo Bertarelli, segretario della Società d'incoraggiamento per le scienze e per le arti di Milano, per i militari, Stefano Bonacossa, medico primario del manicomio di Torino, per il manicomio d'Aversa.

Riferendosi all'ampia disamina del de Renzi, la commissione muove precisi rilievi a casi concreti di cattiva gestione, e propone alcune innovazioni organizzative e del servizio in generale degli stabilimenti ospedalieri.

Preoccupazione e timore per i rapporti della commissione medica erano stati espressi fin dal periodo precedente il congresso da funzionari

---

[66] *Ibid.*, pp. 212-216.

[67] Cfr. *Rapporti della Commissione incaricata della Sezione di Medicina del Settimo Congresso degli Scienziati italiani di visitare gli spedali civili e militari di Napoli e Aversa*, in «Gazzetta Toscana delle Scienze Medico Fisiche, anno III, num. 21, Firenze 1845, dedicati al vicepresidente della Sezione, cav. Benedetto Trompeo, e presidente della commissione. Sul rapporto, *Ragguaglio delle letture e discussioni fattesi nelle Adunanze della Sezione di Medicina e Chirurgia del Settimo congresso tenutosi in Napoli dagli Scienziati italiani nel settembre 1845*, in «Annali Universali di Medicina», Milano 1845, III serie, vol. XX, pp. 405 sgg. «...gli spedali di Napoli sono inferiori per ordinamento e per discipline e per generale contegno allo stato in cui avrebbersi dovuto trovare istituti ospitalieri, a' quali sono addetti medici e chirurghi non ignari dei bisogni di questi istituti stessi, taluni de' quali pur sanno come vi si provvede oltremonti». Il *Ragguaglio* sembra però esasperare il senso del rapporto, che in realtà esprime un giudizio molto più sfumato.

governativi, in particolare dall'intendente della provincia di Napoli, Antonio Sancio, per le condizioni attuali degli stabilimenti pubblici.

Questi, fin dal gennaio 1845, fa notare a Nicola Santangelo, ministro degli Interni, e presidente del congresso, lo stato di estrema precarietà in cui versano gli istituti di beneficenza e ospedalieri quali gli Incurabili, l'Annunziata, l'Albergo dei poveri, che avrebbero dovuto essere oggetto di visita e di studio da parte degli illustri ospiti, sottolineando che i congressi scientifici dovrebbero servire al progresso più essenziale della parte amministrativa delle pubbliche dipendenze. Allo stabilimento degli Incurabili, che non manca di una dote corrispondente, manca

«quell'ordine appurato che formar ne dovrebbe il più essenzial requisito, la classificazione cioè delle malattie, giacché in ogni corsia si veggono indistintamente ammessi individui affetti da morbi di ogni specie tranne la tisi (...). E poi anche rimarchevolissima cosa di non trovarsi un teatro anatomico corrispondente alla nobiltà dello stabilimento ed al bisogno dell'insegnamento quando che non vi ha che ignori quanta e quale cura si è avuta nelle altre capitali di Europa di porre i locali per le autopsie cadaveriche nel più alto grado di gentilezza e decenza. (...) e siamo ancora astretti di vedere i nostri locali addetti all'uso indicato luridi e sozzi e quali erano ne' secoli passati. Or poiché questa mancanza e specialmente di buoni teatri anatomici ci farà al certo meritar la censura degli scienziati, sarebbe perciò necessario, annenché il tempo sia breve, di dare su questo articolo provvedimenti efficacissimi. (...) quanto all'Annunziata si dovrebbe ovviare alla mortalità dei proietti per la mancanza di nutrici (...) mercé le provvide cure dell'E.V. si è ben cominciato a dare estensione all'esterna lattazione, ma sarebbe del pari necessario che si estendesse ancor di più e per quanto sia possibile. Solo con tal mezzo si rimarcherebbe di meno un inconveniente il quale per altro lascia di esser comune ad altre capitali dell'Europa.»[68]

Con accenti ancor più marcati, sarebbe esplosa la *Protesta* di Luigi Settembrini, al quale era stata impedita l'iscrizione al congresso.

«Ma dove ti senti stritolar l'animo e spezzare il cuore, dove si vede una crudeltà empia, è nell'ospizio dei trovatelli, detto la Nunziata. Ogni nutrice latta tre o quattro bambini, scarni, pallidi, affamati; di ogni cento ne muoiono gli ottantanove e ne morrebbero di più se le buone donnicciole napolitane non si prendessero per loro divozione quei figliuoli della Madonna e non li allattassero esse (...). Quando si ragunò il Settimo Congresso in Napoli fu scelta una Commissione di medici e chirurgi per osservare lo stato degli ospedali civili. La Commissione osservò, pianse di pietà e di sdegno, scrisse un

[68] Archivio Storico del Comune di Napoli, *Atti per il Settimo Congresso degli Scienziati.* Lagnanze sull'organizzazione degli Incurabili erano state registrate da R. Liberatore in *L'Ospedale degli Incurabili*, in «Annali Civili del Regno delle Due Sicilie», fasc. XXXV, sett. ott. 1838, p. 55.

caldo e lungo rapporto; né della Commissione, né di nulla si fé parola negli Atti (...). Nel giornale intitolato Annali Universali di Medicina stampato in Milano dal Calderini si parla di questo fatto, e si dice non si volle che la voce del povero giungesse al trono.»[69]

Per quanto riguarda lo stabilimento dell'Annunziata, che accoglie gli esposti, pur ritenendo lodevole il regolamento, e bellissime le stanze, la commissione concorda nell'attribuire l'alto tasso di mortalità, rilevato dalla statistica del de Renzi, all'insufficienza del nutrimento, in quanto ogni balia ha il compito di allattare tre bambini, per i quali non può avere latte a sufficienza. Invita infatti il governo ad aumentare la somma destinata all'allattamento dei bambini.

Al Pellegrini, la mancanza di registrazioni accurate sul decorso delle ferite e delle fratture rende impossibile determinare a posteriori se le ferite siano state letali di per sé ovvero per cause sopraggiunte; al S. Eligio le prescrizioni dei medici sono scritte con segni pressocché incomprensibili, poi decifrati dagli infermieri, sistema che può dare luogo a gravi equivoci.

L'ospedale delle prostitute non garantisce spazio né aereazione sufficienti, né vestiario pulito alle degenti, che girano per lo stabilimento schiamazzando, la medicazione, infine, andrebbe fatta con modi «più umani».

Anche in molte sale degli Incurabili, la cui organizzazione su quattro piani rende difficili sia il servizio che la vigilanza, ma per il quale l'amministrazione ha già avanzato nuove proposte, sono insufficienti le condizioni di salubrità e aereazione. Risulta urgente dividere quanto meno le malattie chirurgiche dalle mediche[70], e attrezzare una sala mortuaria idonea.

Sugli ospedali militari il giudizio della commissione è positivo: il servizio medico uniforme, e regolare nella visita, il servizio di infermeria lodevole, il sistema di accettazione metodico, il servizio di farmacia immediato, normale la divisione tra reparti di medicina e chirurgia, e la separazione di scabbiosi e sifilitici, il vitto di buona qualità, anche se

---

[69] L. SETTEMBRINI, *La protesta del popolo delle Due Sicilie - 1847*, in *Opuscoli politici editi e inediti* (1847-51), a cura di M. THEMELLY, Roma 1969.

[70] *Rapporti...* cit. Viceversa, la commissione sostiene che i tisici non vadano divisi dagli altri malati, ritenendo non contagiosa la malattia.

insufficiente; i rilievi riguardano la tenuta della camera mortuaria e la necessità del riconoscimento dell'attività del personale sanitario[71].

La commissione medica ritiene di formulare alcune proposte per migliorare complessivamente l'andamento del servizio in tutti gli ospedali napoletani: affidare la direzione della parte sanitaria e dell'assistenza immediata agli infermi, a un soprintendente medico o chirurgo, come nel resto d'Italia; garantire l'indipendenza della pratica della chirurgia negli ospedali, come nel resto d'Italia e d'Europa; introdurre registrazioni su stampati uniformi in tutte le strutture, sull'esempio di quelli degli ospedali militari; garantire una maggiore presenza dei primari ospedalieri negli ospedali, anche aumentando la loro retribuzione; abolire la crudele abitudine di trasferire i moribondi in una sala separata; predisporre sale mortuarie idonee; prestare attenzione alla pulizia e di latrine e di bagni; redigere una tabella dietetica uniforme, correggendo la scarsezza nella dieta di pane e di carne; sostituire fumigazioni di gas cloro nelle sale degli ospedali a quelle aromatiche, attualmente usate, per mascherare le esalazioni nocive, più che per eliminarle[72].

Quanto al manicomio di Aversa, la commissione evidenzia la mancanza di funzionalità degli edifici, fabbriche conventuali nate per fini propri e successivamente adattate. Ovunque l'inadeguatezza della costruzione e della distribuzione rendono difficili persino le operazioni di pulizia. Le case di Montevergine e Cappuccini sono senz'altro da riformare. Rilievi precisi sull'insufficienza del servizio medico sono dovuti all'assenza di alloggi di medici negli stabilimenti, diversamente da quanto avviene nei manicomi dell'intera Europa.

Nel giudizio complessivo il rapporto elogia la moderazione nei mezzi di repressione, pur consigliando di evitare la «repressione verticale», e riconosce agli stabilimenti di Aversa il merito di aver introdotto per primi mezzi più idonei e conformi ai principi dell'umanità nel trattamento dei folli, ritenendo assolutamente positive le occupazioni introdotte, specie la musica e le passeggiate[73].

Discussi il 4 ottobre, nell'ultima seduta del congresso, i rapporti suscitano polemiche e critiche, e sono esclusi dall'edizione negli atti, rite-

[71] *Ibidem*.
[72] *Ibidem*.
[73] *Ibidem*. È nota anche l'esperienza delle rappresentazioni teatrali al manicomio di Aversa a scopo terapeutico sperimentale.

nuti forse pregiudizievoli all'immagine del governo borbonico. Sono contestati, tra l'altro, dallo stesso Miraglia, perché non tengono in alcun conto i risultati dei suoi studi, pur prodotti in qualità di medico e chirurgo delegato dell'istituto.

Nelle note alle *Osservazioni medico frenologiche*, memoria letta nella seduta del 27 settembre 1845, Miraglia, in risposta al quesito posto in seno al V congresso tenutosi a Lucca nel 1843

«Dare una classificazione delle alienazioni mentali desunta da fatti clinici, e confermata dall'anatomia patologica. Se e quando la Frenologia possa recar luce, od esser guida nella conoscenza delle mentali alienazioni. Se e quando le alterazioni anotomiche che si trovano nei cadaveri degli alienati debbonsi avere per cagione o per effetto dell'alienazione stessa. Quali criteri per intraprendere la cura più conveniente delle varie alienazioni mentali: se v'abbia una profilassi *psichica*, e *somatica*; se una terapeutica *morale* e *fisica*, come e in quali casi adoperarle»

ricorda come nonostante per primo abbia esaminato le alterazioni organiche dei mentecatti con illustrazioni e su indicazioni frenologiche, come richiesto dal quesito di Lucca, la commissione abbia ignorato gli studi, presentati nel «Giornale Medico Storico Statistico» del manicomio di Aversa, corredato da numerose tavole statistiche sulla base dell'osservazione delle fasi di 5.995 folli di Aversa in trenta anni di attività dal 1813 al 1843. Ancora, reitera la difesa dell'istituto dalle calunnie di cui era stato fatto oggetto il manicomio in certa stampa periodica[74], e finisce col considerare il rapporto su Aversa incompleto, superficiale, incongruo allo scopo scientifico per il quale era stata istituita la commissione, perché non tocca affatto l'istituzione disciplinale e medica del «Grande Ospizio», come dimostrato nella discussione verbale della seduta[75].

All'estero, viceversa, erano riconosciuti l'impegno generoso e appassionato di Miraglia, e la validità delle terapie non convenzionali utilizzate ad Aversa.

---

[74] Si tratta degli «Annali medico psicologici» di Parigi del luglio 1843, ripresi dalla «Gazzetta di Milano» dell'ottobre del 1843, che poi smentiva.

[75] B. Miraglia, *Osservazioni medico frenologiche*, Aversa 1845. Miraglia rilevava come non fosse stato neanche considerato l'invito a inserire nella commissione destinata a visitare il manicomio di Aversa un maggior numero di frenologi, la partecipazione dei quali avrebbe garantito il rigore scientifico dell'esame.

Nel 1822 lo stabilimento, «dove si cura la mentecattaggine con mezzi morali, cioè senza frusta né catene», era stato descritto in una memoria del medico lorenese Louis Valentin, pubblicata in Francia, nell'ambito di un'analisi della situazione medico sanitaria in Italia.

«Ben pochi medicamenti si fan pigliare ai pazzi: sì bagni ordinarii, bagni di sorpresa, piccole docce d'acqua fredda. Nissuno ebbesi profitto della macchina di roteamento. Ecci teatro, in cui fassi recitare commedia ai meno matti, ed a' convalescenti. M'ho una domenica veduto mano di musici tutti matti suonare qualch'ora prima della messa lor strumenti (...) Melidiosissima n'era in verità lor musica»[76].

[76] L. VALENTIN, *Voyage médical en Italie*, Nancy 1822, citazione tratta da G. COSMACINI, *Teorie e prassi mediche tra Rivoluzione e Restaurazione*, in *Storia* ... cit., p. 183. Il Valentin lamentava in quegli anni l'assenza di opere napoletane di topografia medica. Per il manicomio di Aversa cfr. V.D. CATAPANO, *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, Napoli 1986.

MARIO BASILE

Il codice trecentesco della Confraternita dei disciplinati di S. Luca di Burgio e l'archivio storico dell'ospedale di Burgio

L'archivio storico dell'estinto ospedale civile di Burgio, in provincia di Agrigento ed il codice membranaceo dei capitoli della Confraternita dei disciplinati di S. Luca di Burgio sono stati oggetto di un intervento condotto dalla Soprintendenza archivistica per la Sicilia nell'ambito dell'attività istituzionale di vigilanza sugli archivi degli enti pubblici non territoriali, e mirante a garantire la conservazione contro ogni pericolo di dispersione.

Il manoscritto contenente i capitoli della Compagnia di S. Luca compilati nel 1343[1] sulla base, come indica il testo, di un formulario comune ai capitoli dei disciplinati di Firenze[2] e di quelli della Compagnia di S. Domenico di Genova del 1306, è un prezioso cimelio databile tra la fine del XIV e gli inizi del XV secolo[3].

Il codice era stato reso noto tra gli studiosi fin dal 1878 grazie alle segnalazioni di Vincenzo Di Giovanni[4] e di Pietro De Michele Fleres[5].

---

[1] La data di compilazione del 7 gennaio 1363, XI indizione, indicata nel testo, è frutto di un errore dovuto a posposizione della cifra X alla L; la data reale 6 gennaio dell'anno 1343, XI indizione può essere dedotta dal codice dei capitoli della Compagnia di Disciplina di S. Nicolò di Palermo, dai quali quelli di Burgio vennero copiati; l'XI indizione corrisponde al 1343, mentre al 1363 corrisponde la I indizione; cfr. A. Daneu Lattanzi, *Note su due manoscritti di antiche confraternite siciliane*, in «Accademie e Biblioteche d'Italia», XX (1952), 3 n.s., n. 52, p. 331 n. 1.

[2] P. Ferrato, *I Capitoli della Compagnia dei Disciplinati della città di Firenze*, Padova 1871; i capitoli della Compagnia di S. Domenico di Genova non sono giunti fino a noi.

[3] L'indicazione di un re Martino nel testo, restringe la datazione del manoscritto entro il 1410, data della morte di Martino II, cfr. A. Daneu Lattanzi, *Note su due manoscritti*, ... cit., p. 331.

[4] V. Di Giovanni, *Filologia e Letteratura Siciliana*, vol. III, Palermo 1879, p. 5 sgg.

[5] *Relazione del Signor* P. De Michele Fleres *regio commissario per l'amministrazione delle disciolte Opere Pie del Comune di Burgio all'illustrissimo Signor Prefetto della Provincia Girgenti*, Palermo 1880, pp. 5-25.

Quest'ultimo, in qualità di regio commissario per l'ammministrazione delle disciolte opere pie di Burgio, si era reso in quegli anni promotore della trasformazione delle rendite delle confraternite locali a favore dell'ospedale civico.

L'aspirazione del De Michele Fleres trovò realizzazione nel r.d. 30 giugno 1887, in base al quale l'ospedale, esistente sin dal 1588[6], incamerò il patrimonio della ricca confraternita del Ss. Sacramento, attestata sin dal 1565. In quella occasione, la struttura sanitaria venne notevolmente ampliata e ricevette una nuova sede nel cinquecentesco convento di S. Maria delle Grazie dei PP. Riformati. Transitarono a beneficio dell'ospedale anche le rendite delle altre opere pie locali, come la congregazione del Purgatorio, la confraternita del patriarca S. Giuseppe e la confraternita della Pace, tutte documentate dagli inizi del XVII sec., le confraternite di Maria Ss. del Rosario, di S. Lucia, di S. Nicolò di Bari e la congregazione di Carità; con queste, transitarono al nosocomio anche le rendite e i beni della confraternita di S. Luca. È presumibile, anche se non documentabile con sicurezza, che anche il nostro manoscritto sia pervenuto all'ospedale di Burgio in tale circostanza, stesso Fleres dà notizia del codice, come documento storico sociale, proprio laddove tratta, nella sua relazione[7], della confraternita di S. Luca.

Il successivo intervento di Giacomo De Gregorio[8] costituì un contributo essenziale per l'inquadramento storico del manoscritto. Allo stu-

---

[6] M. Basile, *L'Archivio dell'Ospedale Civico di Burgio*, in «Gli Archivi non Statali in Sicilia. Studi e Ricerche», 1, Palermo 1994, pp. 37-46; cfr. anche G. Vaccaro, *Notizie su Burgio*, Palermo 1921.

[7] P. De Michele Fleres, *Relazione*, ... cit., p. 25.

[8] G. De Gregorio, *Capitoli della prima Compagnia di Disciplina di San Nicolò in Palermo del sec. XIV in volgare siciliano, pubblicati per la prima volta da un codice della Biblioteca Nazionale di Palermo, con illustrazioni storico-letterario-filosofiche*, Palermo 1891; Id., *Risposta alla critica del testo dei Capitoli dei Disciplinati di San Nicolò di W. Förester*, Palermo 1892. La datazione al sec. XIV proposta dal De Gregorio per il codice di Palermo venne respinta da R. Starrabba, *Del codice dei Capitoli della Compagnia dei Disciplinati di Palermo e di una opinione del Prof. W. Foerster*, in «Archivio storico Siciliano», XVI (1891), p. 429 sgg., lo studioso ritenne di poter datare il manoscritto tra il 1469 ed il 1479; l'ipotesi dello Starabba venne confutata da W. Foerster, *Per la critica del testo dei Capitoli dei Disciplinati di San Nicolò in Palermo*, in «Giornale storico della letteratura italiana», XIX (1892), pp. 33-54; per la ricostruzione del dibattito relativo alla datazione del codice di Palermo v. F. Branciforti, *Regole, Costituzioni, Confessioni e rituali*, in «Collezione di testi siciliani dei secoli XIV e XV diretta da E. Ligotti», vol. III, Palermo 1953, p. XI, 6.

dioso si deve l'edizione dei capitoli della Compagnia di S. Nicolò di Palermo, conservati in un codice miniato della biblioteca centrale della Regione siciliana, dei quali i capitoli di Burgio sono un rifacimento.

L'indagine critica avrebbe ricevuto ulteriori apporti sia dall'analisi filologica condotta da Francesco Branciforti[9], sia dai nuovi elementi di valutazione per la datazione dei codici proposti da Angela Daneu Lattanzi[10], sulla base dell'individuazione della personalità artistica del miniaturista del codice della Compagnia di S. Nicolò.

Alla studiosa, allora soprintendente bibliografico di Palermo, si deve anche la proposta del provvedimento di dichiarazione di interesse pubblico del manoscritto, notificato dal Ministro per la pubblica istruzione il 26 agosto 1953 all'ospedale di Burgio.

Ma il manoscritto (di proprietà dell'ospedale di Burgio dal 1932 ridotto ad un ambulatorio gestito da un gruppo di suore e, in assenza di amministrazione regolare, retto dal segretario comunale), si trovava ormai custodito presso l'abitazione della figlia dell'ultimo presidente del nosocomio.

Una trattativa per l'acquisto del codice tra il soprintendente bibliografico e l'ospedale lusingato dall'aspettativa di risollevare le proprie dissestate finanze si concluse con un nulla di fatto.

In tale contesto si inserisce l'attività istituzionale del soprintendente archivistico Carmelo Trasselli tesa dal 1961 a scongiurare il pericolo di dispersione e del manoscritto membranaceo e dell'intero archivio storico dell'ospedale comprendente documentazione a partire dal sec. XVI.

Attività però, destinata a non sortire esito positivo a causa della resistenza opposta dall'amministrazione dell'ospedale ai reiterati inviti e sollecitazioni a recuperare il codice ed a riordinare il proprio archivio storico.

Con l'intervento del Ministero dell'interno e della prefettura di Agrigento giunse nel marzo 1963 una assicurazione del presidente del noso-

---

[9] F. Branciforti, *Regole, Costituzioni, Confessioni ..., op. cit.*, pp. 3-12; 215-218; riedizione dei capitoli della Compagnia di S. Nicolò di Palermo con indicazioni delle varianti del codice di Burgio.

[10] A. Daneu Lattanzi, *Note su due manoscritti, ... cit.*, pp. 331-333; la studiosa propone una datazione della copia pervenutaci dei capitoli della Compagnia di S. Nicolò al terzo quarto del secolo XV, identificandone il miniaturista con l'artefice delle miniature del grande breviario scritto nella seconda metà del secolo XV per il convento benedettino di S. Martino delle Scale (Biblioteca Centrale della Regione Siciliana, Palermo XV, H.L.).

comio di "aver provveduto al riordinamento dell'archivio dell'Ospedale nonché al recupero del codice pergamenaceo".

Ma la situazione reale era un'altra e la stigmatizza una relazione del 30 giugno 1965 del soprintendente Trasselli, reduce da una visita all'archivio dell'ospedale nel "bellissimo edificio ormai in rovina ed affidato a quattro povere suore".

"Lo scrivente non si nasconde che sarebbe possibile impiantare un procedimento a carico del presidente dell'ospedale per aver assicurato alla prefettura di Agrigento una cosa non vera. Ma non si nasconde nemmeno che la cosa importante è l'esistenza del codice e la sua conservazione in futuro.

La Sicilia è invasa, in questo momento, da un vero furore antiquario: mobili di pregio, monete rare partono per altri lidi; collezioni di quadri vengono inpunemente saccheggiate; l'Efebo di Selinunte è stato rubato e non se ne sa più nulla; a Burgio stessa, dalla casa della sorella dell'arciprete, è scomparso un quadro che si dice del XIII secolo e si vocifera che l'arciprete stesso ne sia morto di dolore. D'altra parte la Signorina... è una vecchia maestra d'antico stampo, l'unica intellettuale rimasta in paese e, lei viva, il codice non corre pericolo. Ma dopo la morte? Non ho nascosto alla Signorina... che mi preoccupo appunto di ciò.. La signorina ed il Segretario hanno convenuto che avevo perfettamente ragione; mi è stata poi narrata una certa storia di una statua di marmo, attribuita ad un Gagini, che si voleva trasportare ad Agrigento, al chè si sarebbero opposti con energia minacciosa alcuni giovani del luogo.

In altre parole, una piccola parte della popolazione — il Segretario, l'Arciprete attuale e pochi altri — vedrebbero con estremo dolore il fatto che il codice lasciasse il paese; convengono che bisogna conservarlo, convengono che come attrazione turistica esso vale ben poco, data l'ubicazione sfortunata di Burgio, dove non esiste nemmeno una trattoria... convengono che nessuno del luogo lo ha mai studiato e che nessuno verrà da fuori a studiarlo; ma non vogliono privarsene, perché lo accoppiano al Crocifisso di Rifesi come cimelio di un'antica Burgio ormai scomparsa".

Di lì a poco, il soprintendente avrebbe dovuto constatare come, nel gruppetto di intellettuali, i sentimenti di nostalgia riuscissero perfettamente a convivere senza scalfirla con una estrema risolutezza d'animo.

Alla soluzione conciliativa da lui stesso proposta di un provvedimento

ufficiale dell'amministrazione del nosocomio che lasciasse in deposito temporaneo il cimelio alla detentrice, venne risposto impedendo perfino la riproduzione fotografica del codice.

Le scosse del terremoto del 1968 danneggiarono gravemente l'edificio cinquecentesco dell'ospedale accelerandone la rovina ed anche le quattro suore che fino ad allora avevano garantito il servizio di pronto soccorso, dovettero abbandonare i locali. Sopravviverà unicamente il consiglio di amministrazione presieduto dal segretario comunale ad assolvere il compito estremo d'impedire, con lungaggini burocratiche, la consegna del codice e dell'archivio.

L'archivio storico dell'ospedale è stato infine ritrovato il 21 marzo 1990 in un locale adibito a fienile del convento di S. Maria delle Grazie da chi scrive e da Salvatore Romano della Soprintendenza archivistica per la Sicilia.

La documentazione superstite, databile dal XVI secolo alla metà del nostro, comprende centosessantotto buste un terzo delle quali appartengono alle antiche confraternite confluite nell'ospedale. In particolare è stato possibile ricostruire una serie di ventidue buste relative all'arciconfraternita del Ss. Sacramento costituente l'antecedente maggiormente significativo dell'ospedale.

Sono state inoltre individuate scritture inerenti a diritti e patrimoni delle confraternite: opera pia Purgatorio (cinque buste, 1615-1925); opera pia Patriarca S. Giuseppe (quattro buste, 1634-1933); opera pia S. Nicolò di Bari (cinque buste, 1858-1939); opera pia Quartana (quattro buste, 1883-1912); opera pia G. Garofina (una busta, 1880-1922); opera pia Gesù e Maria La Motta (una busta, 1880-1886).

Quanto alle carte superstiti dell'ospedale civico, sono stati ritrovati sia le serie amministrative di "Bilancio e Contabilità", "Deliberazioni", ed "Atti di amministrazione"; sia i fascicoli inerenti al servizio sanitario come cartelle cliniche, registri dei ricoverati, ricettari per gli infermi, servizi di farmacia, ecc.

Nel corso del riordinamento non sempre è stato possibile ricostruire l'organizzazione dell'archivio quale si presentava al momento dell'abbandono dei locali; ciò sia perché la situazione di disordine era tale da rendere impossibile la ricostruzione dei fascicoli (in alcuni casi, le singole carte sono state recuperate tra le macerie e la paglia), sia perché parte dell'archivio è andata distrutta.

La documentazione, quale archivio di ente estinto, è stata consegnata alla sezione di Archivio di Stato di Sciacca, dipendente dall'Archivio di Stato di Agrigento competente per territorio, in applicazione dell'art. 32 del d.p.r. 1409/1963[11].

Quanto al codice dei capitoli della Compagnia dei disciplinati di S. Luca di Burgio, esso è stato recuperato a seguito di contatti stabiliti dal soprintendente archivistico per la Sicilia e dallo scrivente, con il sindaco di Burgio e con gli eredi della persona cui il manoscritto era stato affidato dalla amministrazione dell'ospedale[12]. Attualmente il codice si trova presso l'Archivio di Stato di Palermo per essere sottoposto ad un intervento di restauro curato dal laboratorio dell'istituto.

[11] M. Basile, l'*Archivio dell'Ospedale Civico di Burgio...* citato.

[12] In data 1-2-1995, il dr. Gioacchino Riggio alla presenza del sindaco di Burgio dr. Maniscalco e dello scrivente ha consegnato il codice al soprintendente archivistico dr. Grazia Fallico Burgarella.

ANTONIO BORRELLI

*Carte di Domenico Cotugno nell'Archivio Storico del Banco di Napoli**

La figura e le opere di Domenico Cotugno hanno assunto negli ultimi anni un'importanza decisamente maggiore di quanto avesse segnalato la vecchia bibliografia sullo scienziato, costituita, oltre che da qualche importante saggio, da brevi cenni nella storia della medicina e nei tradizionali repertori biografici e da lavori a carattere municipalistico[1]. L'interesse per il medico di Ruvo di Puglia rientra nella più generale «scoperta» della scienza napoletana del secondo Settecento, che recenti contributi hanno ricondotto, seppure con giudizi talvolta contrastanti, al più ampio dibattito sui caratteri dell'«Illuminismo scientifico» europeo[2].

Come era già avvenuto all'epoca della secentesca Accademia degli investiganti, a Napoli la medicina fu la discliplina che seppe, più di altre, interpretare i fermenti culturali nuovi e porre l'esigenza di migliorare, attraverso la sanità pubblica, la vita dei cittadini. Cotugno fu tra gli artefici del rinnovamento della medicina, del suo insegnamento e delle istituzioni sanitarie, non solo nel secondo Settecento, ma anche nel primo ventennio dell'Ottocento, in particolare nel

* Ringrazio gli amici Umberto Mendia ed Eduardo Nappi per l'aiuto che mi hanno fornito nelle ricerche nell'archivio storico del Banco di Napoli.

[1] Per la bibliografia su Cotugno (1736-1822) cfr. A. IURILLI, *Duecentocinquant'anni di studi cotugnani*, in D. COTUGNO, *Opere*. Antologia a cura di A. IURILLI, Commenti ai testi di R.M. ROSSINI, Presentazione di G. DE BENEDECTIS, Manduria-Bari-Roma, Lacaita, 1986, pp. 17-37; A. BORRELLI, *Medicina e società a Napoli nel secondo Settecento*, in «Archivio Storico per le province napoletane», 1994, pp. 123-177.

[2] Cfr., anche per l'ulteriore bibliografia, E. CHIOSI, *Lo Stato e le scienze. L'esperienza napoletana nella seconda metà del Settecento*, in *La politica della scienza. Toscana e Stati italiani nel tardo Settecento*, a cura di G. BARSANTI, V. BECAGLI, R. PASTA, Firenze, Olschki, 1996, pp. 531-549.

«Decennio francese», quando, in età ormai avanzata, ricoprì importanti cariche pubbliche, fra le quali quella, all'epoca ancora rilevante, di protomedico generale del regno[3].

Di recente sono stati rinvenuti molti documenti cotugnani nell'Archivio di Stato di Napoli[4]. Essi riguardano un aspetto poco studiato dell'attività dello scienziato: il suo coinvolgimento nelle maggiori istituzioni scientifiche e culturali regnicole e il contributo da lui dato alla loro riforma nel periodo murattiano. Documenti che permettono di conoscere un momento fondamentale della biografia di Cotugno e di chiarire un altro interessante fenomeno: i risvolti sociali e istituzionali della professionalizzazione dei ceti intellettuali, con particolare riguardo proprio alla figura dell'«uomo di scienze»[5]. Una svolta di portata europea, che aveva cominciato a manifestarsi nell'ultimo ventennio del Settecento anche in alcuni centri del Mezzogiorno d'Italia[6].

Il presente contributo intende segnalare e presentare altri documenti, di natura diversa dai primi, rinvenuti, questa volta, nell'Archivio Storico del Banco di Napoli (d'ora in avanti ASBN). Costituiti da pagamenti e da movimenti bancari, essi risalgono, per lo più, agli anni ottanta, quando si consolidò il prestigio accademico e professionale di Cotugno, divenuto un apprezzato ricercatore nella comunità scientifica internazionale, un celebre professore di anatomia nell'Università e il medico di fiducia di molte famiglie nobili.

---

[3] Cfr. V.D. CATAPANO, *Medicina a Napoli nella prima metà dell'Ottocento*. Con la collaborazione di E. ESPOSITO, Napoli, Liguori, 1990; G. BOTTI, *L'organizzazione sanitaria nel Decennio*, in *Studi sul Regno di Napoli nel Decennio francese*, a cura di A. LEPRE, Napoli, Liguori, 1985, pp. 81-98.

[4] Buona parte sono pubblicati in *Domenico Cotugno. Documenti d'archivio 1766-1833*, a cura di A. BORRELLI, Napoli, La Città del Sole, 1997.

[5] Cfr. in particolare *L'affermazione della scienza moderna in Europa*, a cura di M.P. CROSLAND, trad. it. Bologna, il Mulino, 1985; V. FERRONE, *L'uomo di scienze*, in *L'uomo dell'Illuminismo*, a cura di M. VOVELLE, Roma-Bari, Laterza, 1992, pp. 199-243, e la bibliografia citata alle pp. 242-243.

[6] Cfr. A.M. RAO, *Intellettuali e professioni a Napoli nel Settecento*, in *Alle origini delle professioni moderne*, a cura di M.L. BETRI e A. PASTORE, Bologna, Clueb, 1997. Per l'Otto-Novecento cfr. *Professioni liberali. Campania XIX-XX secolo*, a cura di P. FRASCANI, Napoli, Liguori, 1993. Per quanto riguarda gli stipendi dei «professionisti» cfr. U. MENDIA, *Per la storia delle classi sociali a Napoli nel Decennio francese: il Regno di Giuseppe Bonaparte (1806-1808)*, in «Revue internationale d'histoire de la banque», 24-25, 1982, pp. 314-328; ID., *Prezzi e stipendi a Napoli durante il Decennio francese*, *Ibid.*, 32-33, 1986, pp. 268-316.

Incarichi che gli permisero di raggiungere in breve tempo una buona situazione economica, che si manifestò, fra l'altro, nel possesso di una carrozza, nell'acquisto di una villa a Capodimonte, valutata circa novemila ducati, e di alcuni immobili nei pressi dell'ospedale degl'Incurabili, dove aveva lavorato a lungo come assistente. Non mancò, allora e in seguito, di acquistare terreni a Ruvo e nel napoletano, ed è probabile che in quello stesso periodo incrementò la sua ricca biblioteca e la sua raccolta di quadri e medaglie[7]. Cotugno non impiegò, comunque, il denaro che si procurava con il proprio lavoro solo in simili operazioni, ma reinvestendolo anche in «mutui a terzi» che fruttavano molto più di un semplice deposito bancario.

Questo dato, se confermato da ulteriori riscontri, mostra il consolidarsi, nello scienziato e nella classe a cui apparteneva, di una mentalità moderna, consapevole della rapida dissoluzione a cui stava andando incontro la società di ordini, lasciando spazi di prestigio sociale e opportunità di guadagni sempre maggiori ai cosiddetti «professionisti». La stessa attività medica, tra le più antiche e consolidate, subì, come si è detto, un mutamento profondo, che investì dottrine, uomini e istituzioni. È da pensare che in tale contesto, un medico affermato e famoso come Cotugno avvertisse il bisogno di gestire in modo nuovo i suoi guadagni, condividendo gli ideali e le aspirazioni della borghesia intellettuale che si affermò in Europa nell'età napoleonica.

[7] Sui rapporti tra antiquaria e scienze a Napoli alla fine del Settecento, con riferimenti anche a Cotugno, cfr. A.M. Rao, *Tra erudizione e scienze: l'antiquaria a Napoli alla fine del Settecento*, in *L'incidenza dell'antico. Studi in memoria di Ettore Lepore*, Napoli, Luciano, 1996, pp. 91-135.

Banca d'Corte pag.ti duecentosettanta ecc.ti Sv. alli Medici, e Cerusici della nostra Q.ta S. Casa degl'Incurabili, per la mesata di Agosto 1801. cioè

Medici primarj

1644 A.D. Franc.o Saverio Dolce, dodici come primario, eserc.to dalla visita giornaliera, coll'obbligo di venire in tutti li convulti bisognerano — — — 12 —

1738 A.D. Domenico Cotugno, dodici come sopra — — 12 —

18 A.D. Antonio Villari, dodici come sopra coll'obbligo di medicare gl'Infermi col mal di pietra — 12 —

1749 A.D. Giuseppe Falcone, dodici come primario coll'obbligo di medicare la Corsea — — — — 12 —

Ordinarj

1644 A.D. Antonio Sementini, sette, e g.ti 50. ordinario, esercitato dalla visita giornaliera, coll'obb.o di medicare le Monache Conventuali, e riformate 7. 50

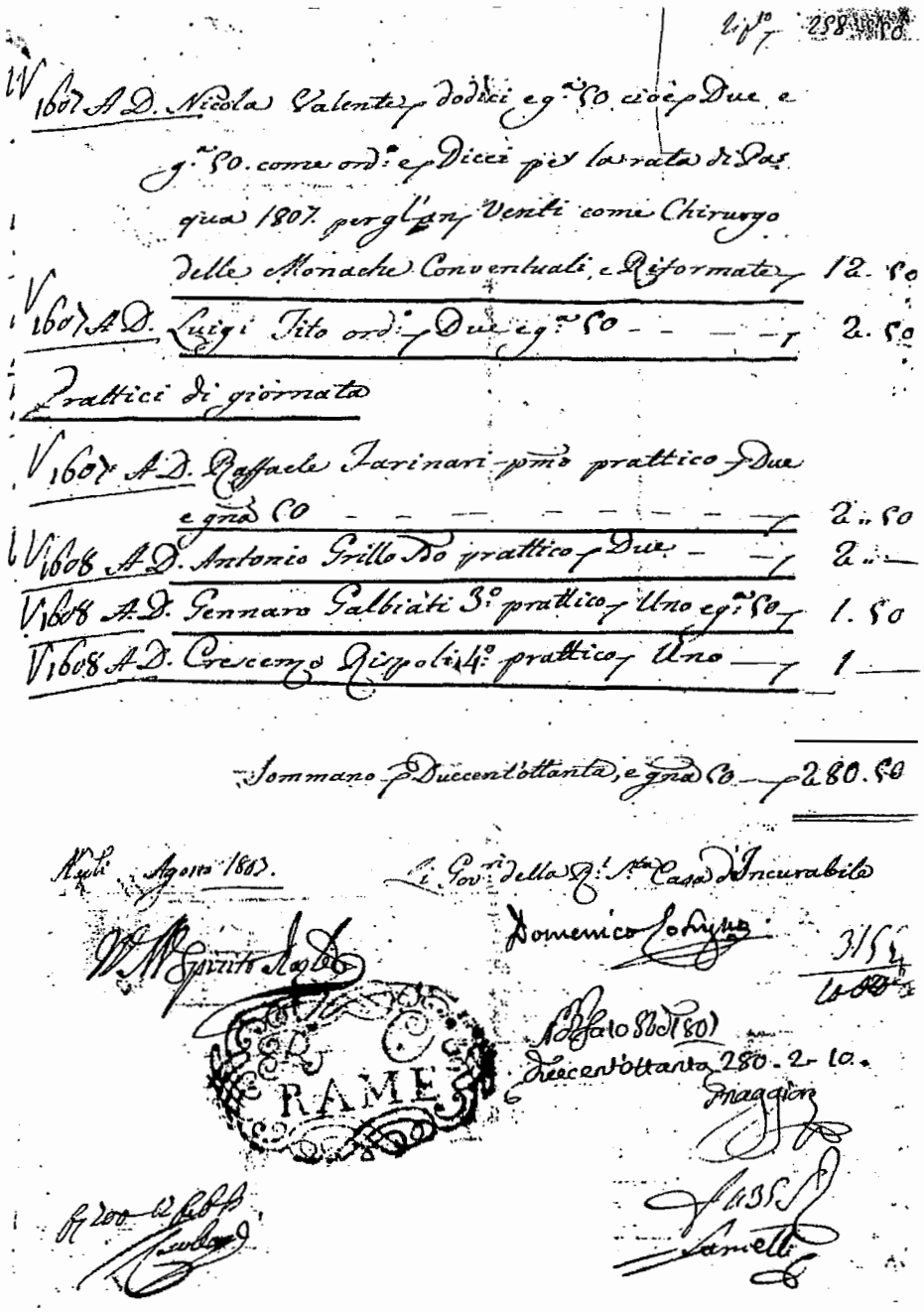
1701 A.D. Giuseppe Antonucci ordinario, sette e g.ti 50. 7. 50

1644 A.D. Nicola Giannelli, dieci, cioè, sette come ordinario esercitato dalla visita giornaliera, coll'obbligo di medicare le Monache Convitti e riformate da 2do medico, e tre per l'assistenza prestata alle Donne Mercuriante — — — — — — 10 —

1600 A.D. Raffaele Civitella ord.io sette — — — — — 7 —

1600 A.D. Raffaele Centrella ord.io sette e g.ti 50 — — 6. 50

1600 A.D. Francesco Ceri ord.io sette e g.ti 50 — — — 6. 50



ASBN, Banco di San Giacomo, mandati, b. 95, fasc. 536.

ASBN

1. Banco del Popolo, Giornale, matricola 1765, partita di 25 ducati estinta il 12 gennaio 1765.
Pagamento di Domenico Cotugno, senza causale, a favore di Nicola Franchino.

2. Banco del Popolo, Giornale, matricola 1774, partita di 50 ducati estinta il 14 maggio 1765.
Pagamento di Domenico Cotugno di 62 ducati 1 tarì e 10 grana per acquisto di tre vitelle e spese di macellaio.

3. Banco del Popolo, Giornale, matricola 2304, partita di 500 ducati estinta il 2 gennaio 1783.
Pagamento di Domenico Cotugno di 500 ducati ad Alessandro e Ignazio Ciati Passero, padre e figlio, secondo l'«istrumento» rogato il 20 dicembre 1782 per mano del notaio Ferdinando Bottigliero di Napoli.

4. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2313, partite di 3000 e 2000 ducati, estinte il 15 gennaio 1783.
Pagamenti di Domenico Cotugno di 3.000 e 2.000 ducati a se medesimo.

5. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2315, partita di 5000 ducati estinta il 21 gennaio 1783.
Pagamento di Domenico Cotugno per una pigione di una masseria, comprensiva di cappella e giardinetto, situata sotto il vicolo di S. Maria delle Grazie, presso l'Ospedale degl'Incurabili, per complessivi 15.000 ducati annui.

6. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2306, partita di 15 ducati estinta il 7 febbraio 1783.
Pagamento di Domenico Cotugno di 15 ducati a computo di 18 ducati ai coniugi Tommaso Vedovati e Anna Ricciardi per il prezzo di «alcuni territori» situati in «pertinenza della Città di Ruvo e Terlizzi».

7. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2311, partita di 30 ducati estinta il 17 marzo 1783.
Pagamento di Domenico Cotugno di 30 ducati al Rettore del Seminario di Nola a computo di 50 ducati corrisposti per il semestre anticipato di due suoi nipoti convittori: Pietro e Giovan Battista.

8. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2306, partita di 21 ducati estinta il 14 maggio 1783.
Pagamento di Domenico Cotugno di 21 ducati al notaio Ferdinando Bottigliero per le sue fatiche, tanto per la stipula e copia dell'«istrumento» stipulato il 14 febbraio 1783 nella città delle signore Angela e Rosa Grasso per la compra di 9.000 ducati come per l'atto del passaggio di «istrumento di cessione di ragione, notamenti a margine, deritti di eredità e contrattare pegni e qualsivoglia cosa per tal compra fatta».

9. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2309, partita di 30 ducati estinta il 21 maggio 1783.

Pagamento di Domenico Cotugno di 30 ducati a Vincenzo Macaro e sono «per parte di Don Matteo di Leo rimessoli per passarli in mano sua da Francesco Gatta da Ruvo in Provincia di Bari».

10. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2307, partita di 18 ducati 3 tarì e 4 grana estinta il 4 giugno 1783.

Pagamento di Domenico Cotugno di 18 ducati 3 tarì e 4 grana notata il 27 maggio 1783 a favore di Nicola e Rosa Grasso come terza maturata il 15 maggio 1783 degli annui 55 ducati 4 tarì e 13 grana che «da esso se li corrispondono pendente la restituzione di ducati 1598 per la causa espressa nell'istrumento rogato per notaro Ferdinando Bottigliero di Napoli a 15 gennaio 1783».

11. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2318, partita di 1000 ducati estinta il 7 giugno 1783.

Cfr. Appendice documento 1.

12. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2313, partita di 20 ducati, estinta il 17 giugno 1783.

Pagamento di Domenico Cotugno di 20 ducati a compimento di 50 ducati a conto dei lavori eseguiti dal mastro Giuseppe Alfieri nella villa di Miradois a Capodimonte, secondo le disposizione del «regio ingegnero» Vincenzo Lamberti.

13. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2304, partita di 3 ducati e 6 tarì estinta il 4 luglio 1783.

Pagamento di Domenico Cotugno di una terza rata per l'affitto di un appartamento, di proprietà dei padri della missione dei Girolamini, situato presso la portineria del complesso.

14. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2313, partita di 19 ducati e 3 carlini estinta il 17 luglio 1783.

Pagamento di Domenico Cotugno di 19 ducati e 3 carlini a favore del «capomastro fabbricatore» Giuseppe Alfieri a compimento di 69 ducati, giusta la nota dei lavori dell'ingegnere Vincenzo Lamberti, eseguiti a tutto il 5 luglio 1783 nella villa Miradois a Capodimonte.

15. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2481, partita di 360 ducati estinta l'11 agosto 1788.

Pagamento di Domenico Cotugno al canonico Giulio Fenizia di Ruvo di Puglia a soddisfazione del capitale di 360 ducati consimili e loro 18 ducati annui dovutogli da Domenico Terlizzi de Feudis mediante «istrumento» del 28 gennaio 1780 rogato dal notaio Francesco Ursi di Ruvo per la vendita di una tenuta situata nella cittadina pugliese con «istrumento» rogato l'11 luglio 1788 dal notaio Ferdinando Bottigliero di Napoli.

16. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2448, partita di 30 ducati estinta il 30 agosto 1788.

Pagamento di Domenico Cotugno di 30 ducati al rettore del Seminario di Nola per il semestre anticipato dei 60 ducati annui corrisposti per suo nipote Raffaele Cotugno, convittore.

17. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2448, partita di 10 ducati estinta il 30 agosto 1788.
Pagamento di Domenico Cotugno di 10 ducati a favore del «mastro carrozziere» Giovanni d'Errico di Napoli per i lavori eseguiti per la sua carrozza.

18. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2493, partita di 200 ducati estinta il 1° settembre 1788.
Cfr. Appendice documento 2.

19. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2479, partita di 1000 ducati estinta il 25 settembre 1788.
Pagamento di Domenico Cotugno di 1000 ducati a favore di Francesco Fatta per tanti mutuatigli per anni 20 come da «istrumento» stipulato dal notaio Ferdinando Bottigliero di Napoli il dì 25 settembre.

20. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2482, partita di 500 ducati estinta il 3 ottobre 1788.
Cfr. Appendice documento 3.

21. Banco del Popolo, Giornale (B), matricola 2479, partita di 85 ducati estinta l'8 novembre 1788.
Cfr. Appendice documento 4.

22. Banco di San Giacomo, anno 1808, Mandati, b. 95, fasc. 536.
Pagamento a Domenico Cotugno di 12 ducati come stipendio di primario, senza l'obbligo della visita giornaliera, dell'ospedale degl'Incurabili.

APPENDICE

1

ASBN, Banco del Popolo, Giornale copiapolizze matricola 2318. Partita di 1000 ducati estinta il 7 giugno 1783

«A Domenico Cotugno ducati 1000 e per esso al Reverendo Nicola e donna Rosa Grassi e sono per la seguente causa cioè che mediante pubblico istrumento rogato per il magnifico notar Ferdinando Bottigliero di Napoli a 15 gennaio 1783 avendosi detti signori fratello e sorella di Grassi venduto liberamente e senza patto alcuno di ricomprare una loro massaria di moggia tre in circa con casino di diversi membri giardinetto ed altro edificio chiamato il Romitaggio sito in detto intiero stabile in pertinenza di questa città, sopra il colle di Miradoise e propriamente nel luogo detto Mojarello giusta i confini in detto istrumento descritti con aversi anche detti signori di Grassi ceduta la venerabile cappella sotto il titolo della Beata Vergine delle Grazie sistente nel mentovato casino per prezzo di ducati novemila secondo il prezzo fattone dal regio ingegnero don Vincenzo Lamberti, di consenso eletto [...]».

2

ASBN, Banco del Popolo, Giornale di banco matricola 2493. Partita di 200 ducati estinta il 1° settembre 1788.

«A Domenico Cotugno ducati 200, fede 11 aprile 1788, e per me li pagherete al signor Duca della Salandra e sono a compimento e final pagamento di ducati 300 dovuteli primo loco dal fu canonico Michelangelo Rodriguez di Ruvo, e da costui delegati a Don Domenico Terlizzi de Feudis anco di Ruvo della vendita fattali d'alcuni suoi beni, mediante istrumento de 18 gennaio 1744 per il notar Sergio Girasoli di Ruvo; il quale signor De Feudis obligossi posteriormente *de facie ad faciem* in beneficio di detto signor Duca de pagarglieli fra anni tre a ducati 1000 l'uno senza annualità alcuna mediante istrumento de 12 giugno 1744 per notar Domenico Summonte di Ruvo [...]».

3

ASBN, Banco del Popolo, Giornale di banco matricola 2482. Partita di 500 ducati estinta il 3 ottobre 1788.

Pagamento di Domenico Cotugno a favore di «Grazia Pepe e a Elisabetta, Serafina e Maria Vitale, madre e figlie, e dette quali figlie ed eredi del quondam Gaspare loro padre, e dite sono in soddisfazione di consimile capitale summa dovutole da Domenico Terlizzi de Feudis col convenuto interesse alla ragion del 5/100 in vigore d'istrumenti rogati pel notare Giovanni di Marino di Napoli sotto il dì 3 marzo 1765 e l'altri per notar Giuseppe Marinelli di Ruvo sotto il dì 16 marzo 1781 ed a un tal detto de Feudis delegati nella vendita di una sua tenuta sita in tenimento di Ruvo nel luogo denominatola Carrera».

4

ASBN, Banco del Popolo, Giornale di banco matricola 2479. Partita di 85 ducati estinta l'8 novembre 1788.

Pagamento di Domenico Cotugno ad Annibale di Fiore « della città di Terlizzi in soddisfazione di consimile somma dovutogli da Domenico Terlizzi de Feudis mediante istrumento de 7/11/1785 per notar Tommaso Tavelli di Terlizzi e dal detto debitore a me delegato nella vendita fattagli di una tenuta sita in pertinenza di Ruvo nel luogo detto la Carrara e Pilarota giusta i suoi notorij confini con istrumento de 11 luglio 1788 per notare Francesco Bottigliero di Napoli con i quali ducati 85 detto signor Terlizzi de Feudis l'aveva data a godere porzione di detta tenuta stanti i presenti pagamenti detto di Fiore ha fatto a mio beneficio la cessione delle ragioni e la quietanza».

GABRIELLA BOTTI

Le farmacie a Napoli nella topografia del primo Ottocento

Nella prima metà dell'Ottocento e più in particolare negli anni '30 e '40 gli speziali risentono della spinta verso la professionalizzazione che interessa tutte le attività di carattere sanitario[1]. La figura dello speziale lascia progressivamente il posto a quella del farmacista. La costituzione del Collegio di farmacia, all'indomani del ritorno a Napoli di Ferdinando IV, è una registrazione di questo passaggio a livello istituzionale[2].

Oltre alle figure del medico e del chirurgo, esistevano nel regno di Napoli una miriade di figure minori, tra cui i salassatori, le levatrici, i brachierai (coloro che mettevano i «cinti ernari»), i limatori di calli, gli stufaioli (che davano decotti a coloro che soffrivano di dolori articolari), i droghieri, i semplicisti o erboristi.

I più cospicui rappresentanti delle cosiddette «arti salutari minori» sono gli speziali (o farmacisti), ai quali la popolazione si rivolgeva per avere sommarie diagnosi, sia che si trattasse di mal di denti, sia che si trattasse di malattie «fredde» e «calde» o malattie immaginarie. Si ricorreva a veri e propri medici nei casi in cui ciò era possibile o veniva giudicato indispensabile.

Il farmacista aveva per tutto rimedi a base di erbe, di minerali e perfino di pietre preziose.

---

[1] G. GALASSO, *Professioni, arti e mestieri della popolazione di Napoli nel secolo XIX*, Roma 1964, XIII, XIV, IV (1961-62), Annuario dell'Istituto Storico Italiano per l'età moderna e contemporanea, Roma 1964, p. 119.

[2] P. FRASCANI-P. VILLANI, *La città e l'epidemia: per una storia sociale della medicina a Napoli tra XVII e XIX secolo*, in *Per una storia della farmacia e del farmacista in Italia. Napoli e Campania*, Bologna 1988, p. 14.

Sappiamo da una fonte attendibile, Giuseppe Maria Galanti, che alla fine del Settecento a Napoli le spezierie erano circa cento, mentre in tutto il regno se ne contavano duemila e duecento[3].

La farmacia del tempo era di carattere eminentemente galenico[4]. Affermando questo non voglio entrare nella polemica tra progressisti e tradizionalisti, tra sostenitori e avversari della chimica. Intendo dire che la farmacia fino ai primi decenni dell'Ottocento rimane essenzialmente empirica e si serve di una metodologia eclettica. I rimedi venivano preparati caso per caso. E proprio questo fatto richiedeva un controllo annuale da parte del protomedicato che, attraverso le «visite», esercitava la vigilanza sulla buona tenuta delle farmacie, sull'assortimento e sulla preparazione delle medicine. Queste ultime dovevano essere rispondenti ad un petitorio, libretto a stampa che ciascun medico o speziale aveva con sé. Questo libretto conteneva l'elenco di tutti i medicamenti, semplici e composti. Per completo che fosse il petitorio era sempre, rispetto alla farmacopea che di anno in anno si affermava, a volte deficitario, a volte sovrabbondante. Cancellazioni e aggiunte di medicamenti nel Petitorio avvenivano di solito «ogni quattro anni» in occasione della sua ristampa, fatta dal Collegio farmaceutico[5]. Il diritto di «visita» era di sei carlini, se tutto ero in ordine. Le entrate del protomedicato erano stimate 16.510 ducati nel 1780[6]. Successivamente nel 1823 il diritto di visita sarà portato a tre ducati.

Notizie sulla consistenza numerica dei farmacisti nella città di Napoli le possiamo trarre dall'archivio del protomedicato, esaminando gli elenchi utilizzati per l'esazione della tassa protomedicale[7]. Sappiamo così che nel 1828 erano centosessantasei e nel 1849, duecentoventitré. Se consideriamo poi la cifra di duecentosessantanove che ci dà il censi-

[3] G.M. Galanti, *Della descrizione geografica e politica delle Sicilie*, a cura di F. Assante e D. Demarco, Napoli 1969, p. 137.

[4] A. Schwarz, *Intorno all'origine e allo sviluppo dell'arte farmaceutica a Venezia e nel Veneto*, in *Per una storia della farmacia e del farmacista in Italia. Venezia e Veneto*, Bologna 1981, p. 11.

[5] L. De Rosa, *Mezzogiorno e organizzazione sanitaria nell'età moderna: alcuni aspetti*, in «Rassegna economica», n. 6, 1973, p. 1368. A questo proposito vedi *Ricettario Farmaceutico Napoletano o sia elenco de' rimedj semplici e composti*, Napoli 1825 e *Ricettario farmaceutico napolitano*, Napoli, 1875. Il primo *Petitorium* del 1614.

[6] G.M. Galanti, *Della descrizione ...*, cit., pp. 137-8.

[7] Archivio di Stato di Napoli [d'ora in poi ASNa], *Regio Protomedicato*, fasc. 149, I.

mento del 1871[8], vediamo che nell'arco di ottant'anni (le notizie del Galanti sono del 1790) questo gruppo sociale è aumentato del 170%.

Tale incremento risente certamente della spinta che viene dai nuovi ceti professionali e dalla stessa classe dirigente, cosciente del peso che la cura della salute può avere per il buon governo del regno[9].

La costituzione del Collegio di Farmacia viene disciplinata dal regolamento del 1816 emanato dal Ministero dell'interno. Questo rivede le norme per il Collegio dei Quaranta, cioè, gli «speziali onesti e probi» che dovevano reggere l'organizzazione per un biennio; una «Corporazione vera e propria»[10]. «I farmacisti, poi, sceglievano tra i quaranta speziali otto di essi che formavano il Collegio degli Otto», organo dirigente dell'arte che si affiancava al protomedicato. Questo Collegio aveva tra gli altri compiti quello di esaminare gli aspiranti speziali[11], ai quali veniva richiesto di saper distinguere i medicamenti semplici dai composti, i buoni dai cattivi e di saper preparare i medicamenti attraverso le operazioni fondamentali quali «mescolanza, tritazione, cottura, lozione»[12].

Con la «pratica» presso una bottega e il superamento dell'esame si otteneva la cedola o privilegio per l'esercizio dell'attività; il privilegio di speziale costava ducati 15,50 alla fine del Settecento. Nonostante i molteplici tentativi di controllo, però, il problema dell'abusivismo restò esteso: gli esercenti senza privilegio o cedola erano numerosi ancora nel 1824 e oltre. L'ispezione effettuata nel 1824 «ha messo nel caso di conoscere che numerosi esercenti la medecina, la chirurgia e la farmacia in tutto il Regno mancano di Privilegio o cedola che renda regolare il loro esercizio»[13]. Questo problema riguarda sia le province che la capitale.

Il 21 maggio del 1831 Carlo Zofra, Emmanuele Bianco, Felice la Cecilia, Paolo Vitetta, Giuseppe Bosco, Gaetano Angioni, Ferdinando

---

[8] Abbiamo scomposto la cifra di 762 che troviamo nella *Relazione sul censimento di Napoli per l'anno 1871 del prof. Nicola Trudi diretta all'onorevole sindaco del tempo Conte Spinelli e letta alla Giunta di Statistica nelle tornate degli 8 e 15 luglio 1873*, Napoli 1876. Lo stesso Trudi ci avverte nell'introduzione che gli esercenti per conto altrui, in numero di 493, «meriterebbero di essere molto più esattamente definiti nelle varie categorie», *Ibid.*, p. 27.

[9] G. Botti, *Strutture sanitarie e malati nell'Ottocento borbonico*, in *Il Mezzogiorno preunitario. Economia, società e istituzioni*, a cura di A. Massafra, Bari 1988, pp. 1221-22.

[10] ASNa, *Regio Protomedicato*, fasc. 137.

[11] ASNa, *Regio Protomedicato*, fasc. 134.

[12] Dobbiamo aspettare il 1865, perché venga istituita una regolare scuola con un corso di studi farmaceutici.

[13] ASNa, *Regio Protomedicato*, fasc. 134.

Giliberti «farmacisti Privileggiati del Quartière Chiaia» scrivono al protomedico Amati perché «trovasi nel quartiere della Vittoria un Segretista per nome Pietro Brocchieri 2° Sergente del primo Cavalleggieri della Guardia Reale, il quale [...] smaltisce de' segreti, de' medicamenti si semplici che composti, prescrive delle cure, e somministra de' rimedj per ogni sorte di Malattia, e tutto ciò contro la salute pubblica, mentre non ha alcun permesso né in Medicina né in Chirurgia, e né in Farmacia, essendo anche del tutto illetterato. Ricorrono per ciò i Supplicanti alla esatta Giustizia [...] affinché il pubblico non sia ingannato da un Saltibanco, e la professione sia in tutta la sua estenzione rispettata». Il Sergente Brocchieri interrogato si difende dicendo che «fin dall'infanzia è stato sempre dedicato alla conoscenza delle erbe, e che in seguito avendo frequentato la lettura di taluni libri che rinvenne in famiglia, relativi all'arte medica e cerusica, ha avuto per ciò campo di acquistare tali cognizioni, le quali ha sperimentato giovevolissime, anzicché nocenti a molti individui, a' quali nelle occorrenze ha prodigato le sue cure per semplice amore per l'umanità, e senza ritrarne alcun profitto, [...] ha creduto non essergli ciò vietato, doppoiché nella sua medela non vi era impostura alcuna, ma invece vi si scorgeva l'uso di semplici erbe, che non possono recare danno all'umana salute». Al Brocchieri vengono comunque sequestrate tutte le «erbe e legni di diverse specie trovate nella sua camera» e gli viene «comandato di [...] non più permettersi di praticare la confenzione delle suddette composizioni»[14]. È questo solo uno fra i mille casi disseminati nelle carte di archivio.

Molto severe sono le norme che regolano la distanza tra una farmacia e l'altra. Nella capitale questa doveva essere di «settanta passi geometrici, ciascuno di sette palmi ed un terzo», cioè di circa cento metri, «come da molto tempo è in uso, e precisamente dopo il prescritto della Prammatica del 17 settembre 1706»[15].

Sulla carta del Marchese del 1804[16] abbiamo ricostruito la topografia delle farmacie di Napoli, servendoci dei dati toponomastici tratti dai «notamenti dei farmacisti» utilizzati per l'esazione della tassa protome-

[14] *Ibidem.*

[15] *Regolamento per l'amministrazione la distanza, e quant'altro concerne il servizio delle farmacie nella parte de' reali dominii di qua del faro* del 29 gennaio 1853, 3° comma.

[16] *Napoli 1804. I siti reali, la città, i casali nelle piante di Luigi Marchese*, Napoli 1990.

dicale nell'anno 1849. In questo anno i farmacisti esistenti sul territorio napoletano sono, come abbiamo detto, duecentoventitré.

Seguiamo la distribuzione delle botteghe nei dodici quartieri in cui era suddivisa la città. La distribuzione è piuttosto omogenea in tutta l'area della città e questo colpisce, se pensiamo che nel '49 non erano ancora avvenute le grosse trasformazioni urbanistiche del periodo preunitario e quindi, in molti casi, le farmacie erano situate in zone di campagna ove la densità di popolazione era bassa.

Troviamo ben ventisette farmacie nel quartiere S. Ferdinando, dove non era stato ancora portato a termine il progetto di S. Francesco di Paola e della piazza antistante. Nel periodo francese il progetto era di un foro Murat, cioè di una destinazione laica della zona e vennero perciò distrutte le tre chiese di S. Luigi, S. Croce e S. Spirito, ancora visibili nella pianta del 1804. Con la Restaurazione il concorso per la sistemazione della piazza fu vinto da Pietro Bianchi, un architetto luganese che non aveva mai lavorato prima a Napoli e che diede a tutta l'area l'attuale assetto[17].

Il ponte di Chiaia, poi, fu costruito nel 1830. Non lo possiamo trovare, quindi, nella carta del Marchese che è precedente[18].

S. Lorenzo con nove farmacie è il quartiere dove ne troviamo meno, ma questo si spiega facilmente perché si tratta di un'area dove vi sono molte chiese e zone conventuali. In questo quartiere le due strade di S. Giuseppe dei Ruffi e dell'arcivescovado corrispondono all'attuale via Duomo. I lavori della strada iniziarono solo dopo l'Unità, nonostante il progetto fosse del 1853. Nel 1870 la strada era aperta fino a Forcella. Solo dopo il colera dell'84 arrivò fino a via Marina[19].

Negli altri quartieri del centro antico abbiamo venti botteghe a Montecalvario, venti a S. Giuseppe e venti a Vicaria.

Le botteghe sono ubicate non solo nei quartieri del centro antico (Montecalvario, S. Giuseppe e Vicaria), e in quelli più popolosi, come quelli meridionali (Mercato, Pendino, Porto, Avvocata, ove se ne trova-

---

[17] A. Venditti, *Architettura neoclassica a Napoli*, Napoli 1961, pp. 156-170.

[18] C.N. Sasso, *Storia dei monumenti di Napoli e degli architetti che la educavano dal 1801 al 1851*, Napoli 1858, vol. II, pp. 229-231.

[19] G. Alisio, *Lamont Young, Utopia e realtà nell'urbanistica napoletana dell'800*, Roma 1978, pp. 116-119; G. Alisio, *Napoli e il Risanamento. Recupero di una struttura urbana*, Napoli 1980, passim.

vano rispettivamente ventidue, diciannove, venti e ventitré di cui una fuori mappa), ma anche in quelli periferici: a S. Carlo all'Arena dodici (quattro sono fuori mappa), a Stella quattordici (uno fuori mappa) e a Chiaia, dove la campagna era prevalente, ne troviamo ben diciassette (due sono fuori della mappa del Marchese).

In questo quartiere il corso Maria Teresa (oggi corso Vittorio Emanuele) viene realizzato dal 1853 al 1873. Nel 1860 esisteva solo il tratto da S. Maria di Piedigrotta a Suor Orsola; solo dopo l'Unità verrà completato il progetto sino all'Infrascata (attuale piazza Mazzini)[20]. Non esisteva neppure tutto il rione Amedeo (piazza Amedeo, via Martucci e via Crispi) costruito alla fine dell'Ottocento[21].

Nel quartiere Mercato, infine, via dei Fossi di porta Nolana diventa tra il 1840 e 1860 corso Garibaldi[22].

Un discorso a parte meriterebbero le sei farmacie che si trovano all'interno dei monasteri: il monastero della Pace a Vicaria; il monastero della Sanità, di S. Teresa e di Stella nel quartiere omonimo, il monastero di Montesanto nel quartiere Avvocata; infine il monastero di S. Domenico, nel quartiere S. Giuseppe. I monaci conservano l'abitudine di antichissima data di trattare le erbe[23].

Non conosciamo esattamente il volume di affari di queste botteghe. Comunque la farmacia era il luogo in cui si trasformavano dei prodotti semplici in qualcosa di più complesso ovvero in un medicamento e questo creava un valore aggiunto, come in ogni operazione di trasformazione. «Poch'erba e secchi frutti a peso d'oro», diceva un'antica satira[24]. Ma il discorso su questo settore della vita produttiva è tutto da approfondire.

Il quadro di insieme in cui si inserisce l'attività dei farmacisti nell'Ottocento borbonico rivela che non si tratta di un «quadro statico», ma

---

[20] G. Bruno, R. De Fusco, *Enrico Alvino architetto e urbanista napoletano dell'800*, Napoli 1962, pp. 22-26.

[21] G. Alisio, *Lamont Young...*, cit., pp. 127-134.

[22] A. Buccaro, *Istituzioni e trasformazioni urbane nella Napoli dell'800*, pp. 142-147; P. Rossi, *La Chiesa dei SS. Cosma e Damiano lungo la «via dei fossi» in Napoli*, *in «Campania sacra»*, vol. 25, 1994, pp. 415-428.

[23] *Herbario d'incerto autore* [codice della fine del sec. XII], in Biblioteca dell'Oratorio di Napoli, codici manoscritti membranacei.

[24] R. Romano, *Farmacie e farmacisti a Venezia*, in *Per una storia della farmacia e del farmacista in Italia. Venezia e Veneto...*, cit., p. 5.

che in esso è possibile individuare processi di mutamento. I farmacisti fanno parte di quei ceti medi napoletani messi a fuoco in ricerche recenti[25], ma hanno una loro peculiarità in quanto partecipano anche del processo verso la professionalizzazione che interessa tutte le attività di carattere sanitario. Questo processo fa da cartina di tornasole e porta alla scomparsa delle figure più empiriche, legate ad una attività prescientifica. Valga per tutti l'esempio dei salassatori che risultano essere circa trecento nei documenti d'archivio del 1850. Essi scompaiono completamente dal censimento del 1871 in quanto accorpati ai barbieri[26].

I farmacisti, pur accrescendo la loro importanza, nel 1881 non fanno, però, ancora parte dell'élite cittadina. Sono solo trentotto i medici, i veterinari e i farmacisti ad entrare nei circoli d'élite napoletani. E siccome sappiamo che di questi trentotto ventisei sono medici, i farmacisti risultano veramente una presenza irrisoria[27].

[25] D.L. Cagliotti, *Il guadagno difficile. Commercianti napoletani nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna 1990. Sulla questione storica della borghesia vedi P. Macry, *Borghesie, città e stato. Appunti e impressioni su Napoli, 1860-1880*, in «Quaderni storici», 56, agosto 1984, pp. 339 e sgg.

[26] G. Galasso, *Professioni, arti e mestieri della popolazione di Napoli nel secolo XIX*, cit. p. 119.

[27] D.L. Cagliotti, *Associazionismo e sociabilità d'èlite a Napoli nel XIX sec.*, Napoli 1996, p. 116.

MARIAPINA DI SIMONE

Fonti ministeriali per la storia della sanità

L'Archivio Centrale dello Stato è impegnato da alcuni anni nello sforzo di censire e valorizzare gli archivi sanitari sui quali ha una competenza istituzionale.

Questa volontà si è manifestata con chiarezza nel 1992, quando si è scelto di inserire il Ministero della sanità nel progetto di censimento degli archivi di alcuni importanti dicasteri. Il progetto è stato attuato l'anno successivo con notevoli benefiche ricadure nei rapporti tra l'Archivio Centrale e il Ministero dalla sanità. Lo straordinario incremento di informazioni che ne è scaturito ha in primo luogo contribuito a rendere più incisiva l'azione delle commissioni di sorveglianza sugli archivi che operano nelle direzioni generali, in virtù della legge del 1963. In secondo luogo, ha favorito l'avvio di un piano di acquisizione di nuove serie archivistiche che completano, e arricchiscono di materiale più recente, i fondi già presenti nell'Archivio Centrale dello Stato.

Anche rispetto a questi fondi, negli ultimi anni, sono state prese iniziative che consisitono essenzialmente nella revisione, integrazione e informatizzazione degli inventari, e sono tese a migliorare le possibilità di ricerca dei fruitori della nostra sala studi.

La mia relazione vuole dar conto dei vari aspetti della nostra attività, partendo però da una rapida descrizione del materiale documentario conservato dall'Archivio Centrale.

1. *Gli archivi del Ministero dell'interno*

Una ricerca che abbia a oggetto aspetti relativi alla sanità e all'igiene pubblica deve necessariamente orientarsi sulle varie serie di due grandi

fondi del Ministero dell'interno: quello della Direzione generale della sanità (1867-1934); e, se la ricerca include l'assistenza ospedaliera, quello della Direzione generale dell'amministrazione civile, "Opere pie" (1861-1873), poi "Divisione terza per l'assistenza e la beneficenza pubblica" (1904-1948).

Gli archivi, pur con caratteristiche molto diverse, necessariamente legate alla diversa natura degli uffici che li produssero, offrono un poderoso affresco di quella che fu l'attività dello Stato nell'ambito dell'assistenza sanitaria, e documentano l'evolversi stesso del concetto di assistenza nell'ambito della pubblica amministrazione. Se la Direzione generale dell'amministrazione civile esercitò sempre controlli di tipo esclusivamente amministrativo, la Direzione della sanità — nata dall'evoluzione di una sezione della stessa amministrazione civile — attraverso complessi passaggi che vale la pena di ricordare, arrivò a diversificare sensibilmente la sua attività da quella degli altri uffici del Ministero dell'interno.

Dal 1865[1] le competenze sulla salute pubblica, che consistevano all'epoca esclusivamente in un'attività di polizia sanitaria ovvero di vigilanza sull'igiene, furono attribuite a uffici diversi della stessa Direzione generale dell'amministrazione civile e per diversi anni alle stesse divisioni che si occupavano delle opere pie. Solo nel 1887, con la creazione della Direzione di sanità si arrivò alla prima fondamentale distinzione delle materie. La diversificazione si rafforzò l'anno successivo quando andò finalmente in porto la prima legge dello Stato unitario per la tutela dell'igiene e della salute pubblica (l. 22 dicembre 1888, n. 5849). Primi passi erano stati tentati con il progetto di codice sanitario presentato in Senato dal ministro dell'interno Giovanni Nicotera il 22 dicembre 1876, quindi con quello del deputato Antonio Toaldi, presentato alla Camera il 21 dicembre 1878, entrambi senza esiti concreti. Questi tentativi tuttavia insieme alle proposte di associazioni e all'esperienza di molti scienziati italiani che, come Agostino Bertani, si erano formati alla nuova medicina europea, furono utilizzati da Luigi Pagliani[2] come base per il progetto di ordinamento del Servizio sanitario che fu presentato da Cri-

[1] legge del 20 marzo 1865, n. 2248 per l'unificazione amministrativa del regno.

[2] Luigi Pagliani, professorre d'igiene all'Università di Torino, allievo di Moleschott, si era messo in luce per le sue ricerche epidemiologiche sul colera in Sicilia. Francesco Crispi, presidente del Consiglio e ministro dell'interno, succedendo a Depretis nell'agosto del 1887, affidò a lui

spi e si sostanziò nella legge 22 dicembre 1888. L'ampio dibattito che accompagnò l'esame della legge si giovò della presenza in Parlamento di un numero rilevante di medici, igienisti di altissimo prestigio, quali Stanislao Cannizzaro, Mario Panizza, Guido Baccelli, Antonio Cardarelli, Tommaso Senise, Nicola Badaloni, Corrado Tommasi-Crudeli, Jacob Moleschott.

Con questa legge e con altre disposizioni prese nello stesso periodo, prima fra tutte l'istituzione della Direzione della sanità, l'elemento tecnico della medicina entrò a far parte integrante per la prima volta dell'amministrazione statale, compenetrandosi con l'elemento amministrativo. I punti di forza del nuovo assetto si possono riassumere nell'aver previsto la figura di un medico al vertice della Direzione di sanità; nella costituzione di un ufficio tecnico, composto da un capo sezione e un segretario entrambi medici, che affiancasse la divisione amministrativa; nell'istituzione dei laboratori di chimica e batteriologia e microscopia, ai quali si aggiungeranno l'Istituto vaccinogeno e nel 1925 il laboratorio di fisica[3]. A livello di amministrazione periferica la novità più rilevante fu l'introduzione della figura del medico provinciale che, affiancato dal Consiglio sanitario provinciale, sostituì il prefetto nella vigilanza e tutela dell'igiene e della salute pubblica nelle province. In ogni comune inoltre i medici condotti, nella duplice veste di autorità sanitaria comunale e ufficiali sanitari dello Stato, nominati dal prefetto su proposta del consiglio sanitario provinciale, furono incaricati di curare i malati e di vigilare sulla salute pubblica e l'igiene delle loro circoscrizioni sanitarie.

La struttura della direzione rimase pressocché invariata fino al 1934 quando, con r.d. 27 luglio n. 1265, veniva approvato un nuovo testo unico delle leggi sanitarie.

La documentazione della Direzione generale della sanità conservata presso l'Archivio Centrale si ferma proprio a questa data, anche se la direzione vivrà fino al 1945, quando sarà sostituita dall'Alto commissariato per la salute pubblica e, nel 1958, dall'attuale Ministero della sanità.

L'archivio è pervenuto frazionato in cinque diversi versamenti, all'interno dei quali la documentazione è ordinata per categorie corrispon-

---

l'incarico di predisporre il progetto di legge sulla sanità, e insieme la nomina a direttore del costituendo ufficio di sanità pubblica.

[3] Questi laboratori andranno a costituire nel 1934 l'Istituto di sanità publica poi Istituto superiore di sanità.

denti alle varie materie oggetto dell'attività della Direzione. Le carte più antiche riguardano prevalentemente la legislazione sanitaria e la normativa sulle farmacie con riferimenti anche agli Stati preunitari. Precedenti la costituzione della Direzione sono pure i fascicoli della Commissione per le ricompense ai benemeriti della salute pubblica che si trovano in parte nell'archivio generale e in parte in una piccola serie distinta; si tratta di atti amministrativi che ci raccontano indirettamente come si poteva far fronte a terribili epidemie, in particolare a quelle coleriche, quando si doveva sopperire alla mancanza di una vera organizzazione con il coraggio, l'abnegazione, la pietà dei volenterosi. E ancora interessanti per la storia istituzionale ma anche per la storia sociale degli anni di fine secolo sono le pratiche relative all'affermarsi della regolamentazione delle professioni sanitarie, notevoli le pratiche di controversie che opposero professionisti ad abusivi e ciarlatani. Indubbiamente con l'ultimo decennio dell'Ottocento aumenta, in connessione con l'acquisizione di più forti competenze tecnico-scientifiche, la documentazione ricca di informazioni strettamente sanitarie, raccolte dai medici e inviate alla direzione senza mediazioni. Cossiché l'analisi di atti quali le relazioni dei medici provinciali, l'inchiesta del 1899 sulle condizioni igieniche dei comuni, quella del 1902 sulle acque potabili, i diari di bordo dei medici impiegati sulle navi che portavano emigranti, il fitto carteggio che intercorse tra la Direzione generale e gli uffici periferici indubbiamente aiuta a chiarire il quadro della situazione sanitaria del regno[4].

Al primo momento conoscitivo, segnato dalle inchieste, seguì un periodo fecondissimo di iniziative legislative volte a trovare soluzioni agli annosi problemi che affliggevano la popolazione. La documentazione offre ottimi spunti di ricerca e anche buone occasioni di giudizio sulle scelte attuate dalla pubblica amministrazione. Contiene infatti oltre agli atti istituzionali, relazioni, corrispondenza di privati, carteggi che i vari direttori generali tennero con scienziati da loro coinvolti in molte occasioni. La più importante fu la lotta antimalarica, ma non meno ricca di testimonianze è la documentazione relativa alla tubercolosi, alla pellagra, al colera.

[4] Manca purtroppo la documentazione relativa all'indagine statistica sugli ospedali voluta da Giolitti nel 1902 ed elaborata nel 1905 dalla Direzione generale della statistica del Ministero di agricoltura, industria e commercio.

Importanti elementi di valutazione offrono i documenti del Consiglio superiore di sanità e dei Consigli sanitari provinciali. L'Archivio Centrale non conserva la serie completa degli originali dei verbali del Consiglio superiore[5], tuttavia nell'archivio della Direzione generale della sanità esiste una categoria relativa al Consiglio superiore e ai consigli sanitari provinciali, comprendente trentadue buste, nelle quali troviamo numerose minute di quegli stessi verbali. Inoltre anche in altri fascicoli relativi ad argomenti specifici, per i quali era previsto che il Consiglio esprimesse il proprio giudizio, sono allegati i pareri e relazioni più rilevanti.

Giova ricordare che il Consiglio superiore, primo organo tecnico del Ministero dell'interno esercitò le sue funzioni di corpo consultivo già dal 1865, essendo incaricato dello studio di tutte le questioni igieniche sanitarie sulle quali fosse richiesto il suo parere dal ministro. E in particolare fu consultato, come risulta dall'analisi delle carte, sulle modalità di intervento curativo e preventivo contro ogni tipo di epidemia e di malattia endemica; sui modi di tutelare la salute e la vita dei lavoratori impiegati nelle industrie minerarie, agricole e manifatturiere e in qualsiasi altra azienda che avesse bisogno di particolari cautele igieniche; sul servizio medico e farmaceutico; sulle nuove costruzioni di ospedali e ambulatori; sugli stabilimenti insalubri; sulla revisione della farmacopea ufficiale; sulla produzione del chinino di Stato; sui grandi lavori di utilità pubblica relativi all'igiene pubblica; su tutti i regolamenti comunali d'igiene.

Per quanto attiene alla gestione del fondo della Direzione generale della sanità occorre dire che è in corso la revisione dei vecchi elenchi di versamento e l'inventariazione delle piccole serie che mancavano di mezzi di corredo. Inoltre, cogliendo l'occasione delle celebrazioni internazionali per il centenario della scoperta delle modalità di trasmissione del parassita malarico e per i cinquant'anni dall'eradicazione della malaria in Italia, è stata avviata una ricerca sulla lotta antimalarica che si concluderà nella pubblicazione di una guida tematica. L'inventariazione molto analitica delle centosessanta buste che costituiscono la categoria "malaria" all'interno di tre versamenti del fondo ha permesso di evidenziare la straordinaria ricchezza di questo archivio. Volendo solo accen-

[5] In sede di commissione di sorveglianza sugli archivi del Consiglio superiore è stata da tempo fatta formale richiesta di acquisire i volumi dei verbali, almeno fino al 1958, considerata la fondamentale importanza di tale documentazione e l'impossibilità del Ministero della sanità di metterla realmente a disposizione degli studiosi.

nare alla tipologia delle carte rinvenute dobbiamo citare il contributo della Direzione ai lavori preparatori della legislazione antimalarica; il cospicuo volume di relazioni che i medici provinciali inviarono per rendere periodicamente conto dell'andamento delle febbri, delle difficoltà nella distribuzione del chinino di Stato e di ogni altro fatto che avesse attinenza con la malaria; le pratiche relative alla produzione del chinino, arricchite dai pareri del Consiglio superiore di sanità e dalle certificazioni di analisi e studi dei laboratori di chimica e micrografia. Interessante e non solo per la storia della malattia è la ponderosa documentazione relativa alla definizione delle zone malariche e quella relativa alle bonifiche. Infine va citata la fitta corrispondenza che i direttori generali tennero con i medici igienisti e malariologi del cui contributo la Direzione si avvalse, sia finanziando i loro studi sia coinvolgendoli direttamente nell'attività istituzionale. In diverse circostanze infatti vennero istituite speciali commissioni di ricerca e sperimentazione che, nel corso e al termine dei loro lavori, riferirono al direttore generale esprimendo giudizi sull'operato dell'ufficio e formulando suggerimenti. Allo stesso modo furono coinvolte associazioni e enti che avevano come scopo quello di contribuire alla gestione della sanità, come la Croce rossa, la Lega nazionale contro la malaria, la Società per gli studi della malaria. Anche loro inviarono relazioni e studi.

Non manca nel fondo documentazione relativa agli ospedali, sui quali la Direzione generale della sanità esercitava una vigilanza tecnica, ma la documentazione non è vastissima. Quella più cospicua riguarda le spese di spedalità; perché spesso, nel dirimere le annose controversie tra Comuni per i pagamenti dei ricoveri, la Direzione generale dell'amministrazione civile si rivolgeva al Consiglio superiore della sanità per avere il suo parere tecnico. Sempre su richiesta dell'amministrazione civile, la Direzione generale della sanità esprimeva il proprio giudizio sugli statuti e i regolamenti degli ospedali; di alcuni statuti, nel versamento 1910-1920, si conserva infatti qualche esemplare. Ben rappresentata è invece la situazione dell'assistenza infermieristica ospedaliera. In particolare è degna di rilievo la documentazione prodotta dalla Commissione per la riforma dell'assistenza infermieristica, che operò negli anni tra il 1917 e il 1919, costituita da verbali, questionari, relazioni sulle visite compiute dalla commissione a ospedali e manicomi. Questa ci fornisce un quadro preciso dell'attività delle infermiere e indirettamente delle condizioni igienico sanitarie degli ospedali nei quali operavano. Degli altri lavori statistici curati e pubblicati dalla

Direzione generale della statistica del Ministero di agricoltura, industria e commercio non c'è traccia in questo archivio.

Sulla materia dell'assistenza ospedaliera, come per ogni altro tipo di istituto sorto come ente morale, si può prendere in esame l'altro grande archivio del Ministero dell'interno, quello delle opere pie che, come abbiamo visto, dipendevano dalla Direzione generale dell'amministrazione civile. Questi istituti furono sottoposti a una prima legge del 3 agosto 1862, che prescriveva una vigilanza estremamente blanda, di carattere amministrativo, da parte di prefetti e giunte provinciali amministrative. Con l'istituzione della Direzione di sanità pubblica si introdusse la possibilità di effettuare controlli sul funzionamento degli ospedali da parte di organi ispettivi della direzione e dei medici provinciali, ma sostanzialmente si lasciò che questi enti godessero di un'ampia autonomia gestionale. La legge di riforma delle opere pie del 1890 (17 luglio, n. 6972) cercò di porre un argine a questa situazione. Già dal cambiamento della denominazione, che da "opere pie" diverrà "istituzioni pubbliche di beneficenza", si avverte la volontà di passare dall'ambito della carità cristiana al sistema di assistenza pubblica. Tuttavia per decenni l'assistenza pur essendo divenuta pubblica fu, per massima parte, erogata da ospedali dipendenti dalle istituzioni di pubblica beneficenza ai quali nel tempo se ne aggiunsero pochi altri dipendenti dai vari enti mutualistici, dai comuni, dalla province. Ciascuno di questi enti aveva un proprio e diverso ordinamento giuridico e amministrativo, erogava un'assistenza differenziata rispetto agli assistiti, spesso limitata a determinati gruppi di lavoratori. Le stesse istituzioni di beneficenza pubblica, pur essendo tutte disciplinate dalla legge del 1890, conservarono una notevole varietà di ordinamento rispondente agli originari statuti e regolamenti nei quali si rifletteva la volontà dei fondatori. Con r.d. del 30 dicembre 1923, n. 2841 cambiarono denominazione in istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, furono introdotti elementi di democrazia nell'amministrazione, e si dispose una maggiore ingerenza da parte dello Stato; ma già nel 1926, con la legge di riforma del 17 giugno, n. 1187, si tornò alla precedente normativa[6]. Bisogna attendere infatti la legge

[6] L'archivio della Direzione generale dell'amministrazione civile offre notevoli testimonianze della strenua difesa opposta dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza ad ogni tentativo dello Stato di intervenire nella loro gestione e di farsi più incisivo nei controlli.

del 1968 (12 febbraio, n. 132), che disciplinava l'istituzione degli enti ospedalieri e finalmente li scorporava dagli istituti di assistenza e beneficenza, per pervenire a un assetto più moderno del settore. Con quella stessa legge fu predisposto il trasferimento alle Regioni delle funzioni statali di vigilanza e tutela in materia di assistenza ospedaliera riservando allo Stato la funzione di alta sorveglianza sull'attività sanitaria e di controllo amministrativo mediante l'istituzione dei collegi dei revisori.

Il fondo opere pie che copre l'arco cronologico dal 1861 al 1873, trova il suo completamento nei successivi archivi della divisione III per l'assistenza e la beneficenza pubblica che parte dal 1904 e arriva con una suddivisione in trienni al 1948[7], quindi nella serie Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza[8] (IPAB) che comprende documentazione fino al 1976. In questi fondi troviamo essenzialmente documentazione di tipo amministrativo, perché era, ripeto, di tipo strettamente amministrativo il controllo che la direzione aveva sugli enti, tuttavia questa documentazione può essere di estremo interesse per ricostruire le vicende istituzionali degli enti.

Per completezza bisogna ancora dire che il Ministero dell'interno aveva la competenza sull'intera materia sanitaria ma altri ministeri come quello della guerra, della marina, dell'aeronautica e le Ferrovie dello Stato avevano propri servizi sanitari che gestivano autonomamente anche se con l'obbligo di uniformarsi alle indicazioni della Direzione generale della sanità. Pertanto si possono trovare notizie sulla sanità anche nell'Ufficio sanitario militare marittimo del Ministero della marina per gli anni 1893-1905 e, relativamente agli anni della prima guerra mondiale, nella serie del Segretariato generale degli affari civili del Ministero della guerra e nelle carte di Leonardo Bianchi che fu ministro senza portafoglio nel ministero Boselli (1916-1917).

---

[7] A questo fondo è collegato l'archivio della Commissione d'inchiesta sulle istituzioni di pubblica beneficenza di Napoli presieduta dal viceprefetto Luigi Adinolfi (1923-1927). L'archivio comprende le carte dell'inchiesta e quelle dell'amministrazione straordinaria, ed è arricchita da un cospicuo numero di statuti e regolamenti.

[8] La competenza su queste istituzioni passò nel 1949 alla Direzione genreale dell'assistenza pubblica, istituita con d.m. del 1° giugno di quell'anno e soppressa con d.p.r. 24 luglio 1977, n. 617. Per effetto del d.p.r. 24 luglio 1977, n. 616 le funzioni relative alla beneficenza pubblica furono trasferite alla competenza legislativa e amministrativa delle Regioni.

2. *I risultati del censimento presso il Ministero della sanità*

Il censimento è iniziato il 3 dicembre 1992 e si è concluso il 6 febbraio 1993. Le indagini preliminari hanno evidenziato il fatto che il Ministero, come è noto collocato in varie sedi non demaniali, dispone di almeno sette depositi di archivi non più utili all'amministrazione corrente. Tre di questi si trovano negli scantinati dei fabbricati sedi delle direzioni generali, uno è costituito da alcuni spazi ricavati nei capannoni del magazzino centrale del materiale profilattico, tre depositi sono situati nelle sedi dei due organi tecnico-scientifici del Ministero: l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL). Senza ora dilungarmi nell'esposizione delle operazioni di censimento vorrei tuttavia dare un rapido quadro della situazione in cui versa la documentazione. Salvo alcune eccezioni, si è notata una grave incuria nella conservazione degli archivi, specialmente nel grande deposito della sede centrale, dove depositano i loro atti la Direzione generale degli affari amministrativi e del personale, il Gabinetto, la Direzione generale degli ospedali, l'Ufficio legislativo, il Consiglio superiore, il Servizio ispettivo centrale, la Direzione generale per l'igiene degli alimenti e della nutrizione. Il deposito, nel tempo, ha perso l'originaria destinazione d'uso ed è stato utilizzato per scopi diversi. Le serie archivistiche sono state più volte spostate e sempre più compresse, provocando disordine e purtroppo irreparabili dispersioni. A questa situazione si è cercato di rimediare con la schedatura del materiale rinvenuto e con l'immediata attivazione delle commissioni di sorveglianza, che hanno avviato la procedura di scarto del materiale che poteva essere eliminato e la proceduta per il versamento all'Archivio Centrale dello Stato della documentazione più antica e di quella di interesse storico trovata in condizioni di particolare precarietà.

3. *Nuove acquisizioni*

Successivamente al censimento si è deciso di versare alcune serie documentarie. L'operazione è ancora in corso, ma già si possono dare alcuni riferimenti. Il primo versamento ha riguardato una miscellanea di carte di uffici diversi del Ministero dell'interno e poi dell'Alto commis-

sariato per l'igiene e la sanità (1914-1958), ritrovate in fascicoli sparsi. La documentazione comprende affari generali riguardanti il personale, i consigli sanitari provinciali, gli istituti fisioterapici, il governo della Dalmazia, il rimpatrio di civili e militari dalla Germania, verbali della Commissione permanente per i benemeriti della salute pubblica. Di questo materiale non è stato fatto un vero e proprio inventario perché ci si augura di trovare il modo di toglierlo in futuro da questo stato di "miscellanea" reinserendolo nelle serie organiche, quando saranno versate.

È stata acquisita quindi una raccolta di circolari che vanno dal 1939 al 1965 per la quale è stata creata una banca dati indicizzata che può costituire la base per tutte le ricerche sulla sanità che riguardino quegli anni. È stato acquisito l'archivio della divisione II della Direzione generale degli ospedali del Ministero della sanità e ne è stato fatto l'inventario. La serie, che riguarda gli anni dal 1947 al 1978, un periodo estremamente travagliato per la storia istituzionale dell'Alto commissariato per l'igiene e la sanità e poi del Ministero della sanità, comprende le carte della divisione I della Direzione generale delle malattie sociali dell'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, precedente la costituzione del Ministero e, per il periodo successivo, le carte della divisione VII della Direzione dell'igiene pubblica e ospedali. Dal 1969 contiene la documentazione della III divisione per la programmazione ospedaliera e della II per l'edilizia. Si tratta principalmente di atti relativi alla concessione di contributi per ristrutturazioni, ampliamenti e per la costruzione di nuovi edifici ospedalieri, acquisto di apparecchiature tecnico-scientifiche. I fascicoli contengono progetti, disegni e fotografie. Esiste inoltre documentazione relativa alla vigilanza sul funzionamento delle strutture ospedaliere, risultati di ispezioni amministrative e tecniche agli ospedali, risposte alle innumerevoli interrogazioni parlamentari che costellano il faticoso percorso della sanità in Italia. È imminente, per concludere, il completamento dell'acquisizione di alcune importanti serie dell'Istituto superiore di sanità.

L'istituto fu creato nel 1934 con il contributo della Rockefeller Foundation, in sostituzione dei laboratori della Direzione generale della sanità[9]. Si occupò della costruzione dell'edificio e del suo assetto una com-

[9] I laboratori di chimica e di batteriologia e micrografia erano sorti nel 1887 con r.d. 27 novembre, n. 5103, ad essi era annessa una Scuola di perfezionamento nell'igiene pubblica. Nel

missione della Direzione generale della sanità. Il nuovo istituto, posto alle dipendenze del direttore generale della sanità pubblica comprendeva cinque laboratori. Funzionava come Centro di indagine e di accertamenti inerenti ai servizi della sanità pubblica e di aggiornamento e specializzazione del personale sanitario alle dipendenze dello Stato, province, comuni; potendo, con il consenso del Ministero dell'interno, eseguire ricerche e studi anche a richiesta di amministrazioni non statali. Con successive disposizioni legislative ottenne gradualmente una sua autonomia amministrativa e scientifica e moltiplicò il numero dei laboratori. Nel 1951 con fondi concessi dall'UNRRA fu creato al suo interno un Centro internazionale per lo studio della chimica microbiologica con annesso impianto pilota per la fabbricazione della penicillina. Il versamento comprende pratiche del servizio amministrativo e del personale, della Direzione e di vari laboratori (merceografia, batteriologia, chimica, epidemiologia, fisica, ingegneria sanitaria, malariologia, tossicologia), riguardando periodi anche molto diversi. Tendenzialmente si è acquisita tutta la documentazione più antica, ma si è ritenuto di accettare anche serie esaurite in anni recenti per evitare dispersioni di documenti che possono fin d'ora essere utilizzati dai ricercatori, come la serie "Seveso", che contiene documentazione raccolta e prodotta dai vari laboratori dell'Istituto in occasione della nota vicenda della nube tossica. Lo stesso è stato fatto per le carte del prof. Gianluigi Gatti, che fu libero docente presso l'Università di Roma, lavorò all'Istituto superiore dal 1953 al 1980, poi direttore del reparto di tossicologia generale. Il suo archivio ricco e ben strutturato si è ritenuto adatto ad illustrare un trentennio dello sviluppo delle discipline uguali, nonché il ruolo svolto dall'istituto in ricerche di rilevanza internazionale.

La serie dei servizi amministrativi e del personale comprende gli atti della Commissione per la costruzione e l'arredamento dell'istituto e ha assorbito parte delle carte della Direzione generale relative ai due originari laboratori, dal 1888. Si articola in fascicoli che riguardano i concorsi dei funzionari tecnici addetti ai laboratori, pratiche di carattere generale che comprendono anche i fascicoli sull'organizzazione della sede nord

1896 la Direzione della sanità fu travolta dalle ripercussioni delle vicende politiche che portarono alla caduta del governo Crispi, la Scuola di perfezionamento fu soppressa e i laboratori furono fusi con l'Istituto vaccinogeno dello Stato. Con la ricostituzione dell'amministrazione sanitaria, i laboratori furono riformati. Nel 1925 si aggiunse agli altri il Laboratorio fisico, Ufficio del radio.

dell'istituto, creata negli anni della Repubblica sociale. Le carte più recenti sono quelle relative alle missioni dei funzionari e arrivano al 1970.

La documentazione più antica dei laboratori si riallaccia direttamente a quella dei laboratori di chimica e batteriologia contenuta nel fondo della Direzione generale della sanità. Dalla lettura di questi documenti emerge chiaramente la funzione che l'istituto svolse nell'ambito del Ministero dell'interno e che sostanzialmente svolge come organo tecnico del Ministero della sanità e come istituto di ricerca.

Con la nascita dell'istituto poi fu ripresa la tradizione dell'insegnamento, sospesa con la soppressione della Scuola di perfezionamento nell'igiene della Direzione generale di sanità. Essa si esplica nei corsi tenuti dal personale abilitato alla libera docenza, in corsi per ingegneri, chimici, medici, infermieri della CRI, e nell'organizzazione di convegni e giornate di studio — nell'ambito di questa funzione didattica si iscrive anche la presenza nell'Istituto di un museo per la storia dell'igiene — viene esercitata inoltre una attività di consulenza verso ministeri e enti. In alcuni anni si produssero direttamente vaccini e sieri, ben documentata è, a questo proposito, la vicenda che portò alla costruzione, all'interno dell'istituto, di un impianto pilota per la fabbricazione della penicillina.

Le carte dei laboratori acquisite dall'Archivio Centrale riguardano inoltre l'attività più consueta di controllo, svolta dal personale tecnico dell'istituto. Tutti i prodotti arsenobenzolici, vitaminici e ormonici subivano il controllo del laboratorio di biologia prima che ne fosse autorizzata la vendita, così come i prodotti enzimatici, sieri e vaccini. Il laboratorio di fisica eseguiva la taratura di preparati radioattivi, controllando e collaudando gli impianti di radiologia e radioterapia. Al laboratorio di ingegneria sanitaria era devoluto l'esame dei progetti per la costruzione di opere igieniche, prima della decisione definitiva del Consiglio superiore. Il personale eseguiva ispezioni a fabbriche di prodotti industriali, sorgenti, acquedotti. Il laboratorio di epidemiologia raccoglieva dati statistici delle malattie infettive e sociali, eseguendo diagrammi e studi su argomenti epidemiologici. Per concludere vorrei accennare al fatto che l'istituto e in particolare il suo laboratorio di malariologia, sotto la direzione del prof. Missiroli, continuò la lotta antimalarica avviata dalla Direzione generale della sanità e guidò la definitiva eradicazione della malaria in Italia negli anni del secondo dopoguerra.

GIUSEPPINA GIORDANO

Un archivio ospedaliero poco noto: l'archivio storico dell'Ospedale civico Benefratelli di Palermo

Questa breve comunicazione è diretta a far conoscere nell'ampio contesto di questo convegno storico-scientifico su un tema complesso e di grande interesse: *Medicina e Ospedali: memoria e futuro. Aspetti e problemi degli archivi sanitari*, un importante fondo archivistico ospedaliero che si conserva a Palermo presso l'ex unità sanitaria locale n. 58, oggi ARNAS ospedale civico Di Cristina e Ascoli, che costituisce il complesso archivistico organico più antico e consistente relativo alle istituzioni ospedaliere siciliane.

Esso infatti è stato riconosciuto di particolare importanza storica ai sensi dell'art. 31 lett. e della l. 1409/63 ed è pertanto sottoposta alla vigilanza della Soprintendenza archivistica per la Sicilia.

Una raccolta di duecentosessantanove pergamene (dall'XI al XVIII secolo) proveniente da questo archivio è stata versata all'Archivio di Stato di Palermo dal 1857 al 1871 e costituisce il fondo diplomatico denominato dell'«Ospedale Grande di Palermo».

Invece, tutto il restante complesso dell'archivio cartaceo, di circa duemila pezzi, si trova conservato presso la sede dell'ARNAS e porta l'intitolazione dell'ultima denominazione del nosocomio palermitano, prima della recente riforma sanitaria, e cioè *ospedale civico e Benfratelli.*

Le serie comprendono, in modo più o meno continuo, atti dal 1442, con documenti antecedenti relativi ad istituzioni ospedaliere e assistenziali ancora più antiche confluite nell'Ospedale grande e nuovo, organizzato in quegli anni da padre Giuliano Majali. La maggior parte della documentazione è in realtà costituita da copie settecentesche, cioè dell'epoca in cui questo archivio fu riordinato e ricostruito, dopo un grosso incendio subito alla fine del XVI secolo.

La serie più antica ed anche più numerosa è quella relativa all'ospedale S. Bartolomeo detto degli incurabili, il più importante tra quelli che furono riuniti nell'Ospedale grande e nuovo.

Consta di circa novecento volumi in serie cronologica dal 1427 agli inizi del '900, con frequenti lacune.

Più ridotta e altrettanto lacunosa si presenta la serie di atti relativi all'Ospedale grande e nuovo: si tratta di quattrocentocinquantasei volumi che iniziano dalla sua costituzione e vanno, per la precisione, dal 1439 al 1916.

Una serie ancora più recente riguarda l'Ospedale civico Benefratelli, istituito con la fusione avvenuta nel 1872 dell'Ospedale grande e nuovo e dell'ospedale Fatebenefatelli in seguito allo scioglimento di questo ente, soppresso dalla l. 7 luglio 1866. Di quest'ultima istituzione rimangono, però, solo pochissimi volumi.

La maggior parte della documentazione si riferisce all'attività di gestione dei beni patrimoniali e delle rendite dell'ospedale, poiché l'assistenza ospedaliera si fondava solo su generosi finanziamenti di benefattori privati.

Tale patrimonio era di fatto veramente ingente e tra feudi, rendite e proprietà varie si estendeva in quasi tutta l'isola.

Una porzione cospicua di questo proveniva dalle rendite sul territorio di Bronte, che nel 1799 fu oggetto di concessione da parte di Ferdinando III ad Orazio Nelson, con la costituzione della relativa ducea.

L'archivio relativo all'amministrazione della ducea di Nelson è oggi pure conservato presso l'Archivio di Stato di Palermo in seguito all'acquisto da parte dell'amministrazione archivistica.

Va riconosciuta la cura comunque posta nel tempo dall'amministrazione dell'ospedale nella conservazione e anche nella ricostruzione della documentazione d'archivio delle varie unità ospedaliere che sono confluite o si sono succedute nel corso dell'evoluzione dell'ente ospedaliero e ciò non soltanto per un giusto interesse alla storia dell'ospedale, ma anche per tutelarne gli interessi economici patrimoniali essenziali alla sussistenza dello stesso.

Certo sarebbe stato ancora più soddisfacente per l'indagine storica che l'archivio si fosse conservato integro, specie per la parte, di cui risulta carente, più strettamente inerente l'attività di assistenza sanitaria, ma questo è un sogno archivistico mai realizzato, perché sempre

fortemente condizionato dalle vicende inevitabili cui ogni archivio finisce per essere sempre sottoposto da traslochi, incuria, inidoneità dei locali fino ad eventuali fatti catastrofici quali allagamenti o incendi. E anche questo archivio, come si è anche detto, non è sfuggito a tali inconvenienti.

Ciò nonostante questo archivio palermitano nella sua organicità e complessità riesce a dare un quadro sufficientemente ampio della evoluzione dell'istinto che costituisce comunque la base dell'ulteriore moderno sviluppo dell'attuale sistema ospedaliero.

Non si può tuttavia fare a meno di sottolineare come il sistema sanitario del passato, dal periodo medievale fino a quello borbonico, non era certamente una «azienda», come è organizzata oggi per rispondere alle attuali esigenze ed alle moderne concezioni, ma si fondava e prosperava sulla base di donazioni e sovvenzioni umanitarie di singoli cittadini, e che di questo urgente patrimonio ancora oggi rimangono ampie tracce in proprietà immobiliari e terreni ancora utilizzati dalla moderna azienda pubblica.

BIBLIOGRAFIA

Vedi *amplius* G. GIORDANO, *L'Archivio storico dell'Ospedale Civico e Benefratelli di Palermo*, in *Struttura e funzionalità delle istituzioni ospitaliere siciliane nei secoli XVII e XIX. Salute e società, Atti del 3° seminario di Studi* (Palermo 26-28 ottobre 1998), Centro italiano di storia sanitaria e ospitaliera Sicilia, Palermo 1991, pp. 299-312, e la bibliografia, *Ibid.*, citata.

Guida generale degli Archivi di Stato italiani, III, *Palermo*, Roma 1986, pp. 295-296; D. CICCARELLI, *San Bartolomeo: l'Ospedale, il Tabulario*, Palermo 1998.

F.P. CASTIGLIONE, *Le strutture assistenziali a Palermo nel XVI secolo: uno strumento di potere oligarchico*, in *Malattia, terapia e istituzioni sanitarie*, Palermo 1985, p. 81, ove lo studioso ipotizza un incendio doloso.

E. CALANDRA, *Il fondo Nelson della Ducea di Bronte: note in margine ad un riordinamento*, in Soprintendenza archivistica per la Sicilia, *Gli archivi non statali in Sicilia*, Studi e ricerche 2, Palermo 1994.

AMEDEO LEPORE

La memoria della città: fonti archivistiche per la storia dei servizi sociali

Il valore delle fonti archivistiche come memoria stratificata di una società e, al contempo, come concreto strumento per la ricerca storica è stato troppo a lungo sottovalutato. Il vasto patrimonio costituito dalla documentazione delle istituzioni pubbliche e, in particolare, di quelle sanitarie ha rischiato frequentemente di seguire il destino di abbandono e di incuria che ha caratterizzato questi enti in Italia e nel Mezzogiorno. Una delle cause principali di tale disinteresse risiede nella natura peculiare del *welfare state* italiano, orientato in diversi tratti di questo dopoguerra da una visione di tipo assistenziale che ha portato a considerare i «beni pubblici» come risorse da sfruttare senza limiti e da assoggettare al conseguimento di benefici particolari, di corto respiro. Per gli archivi, inoltre, vi è da registrare un ulteriore preoccupante motivo di trascuratezza, legato alla scarsa considerazione che taluni soggetti istituzionali e amministrativi hanno della documentazione cartacea, ritenendola spesso un vincolo di ordine burocratico e non un prezioso deposito di informazioni, una fonte primaria per la ricostruzione della storia delle comunità locali.

Tuttavia, l'abbandono in cui versa gran parte degli archivi delle istituzioni pubbliche, come ad esempio il patrimonio documentario delle amministrazioni locali o di quelle assistenziali e sanitarie, è dovuto anche ad un ritardo della storiografia italiana in alcuni campi. Infatti, la storia della medicina e della sanità ha ripreso il suo cammino, sospinta dagli indirizzi delle correnti storiografiche più avanzate come quelle di lingua anglosassone e quella francese, solo da circa un quarto di secolo a questa parte[1]. Più in generale, la storia delle città e delle comunità locali

[1] Cfr. G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari, Laterza, 1987, pp. xv-xvi.

si è basata finora prevalentemente sulla letteratura esistente o sulle fonti documentarie più facilmente accessibili, mancando di estendere la sua attenzione agli archivi di diretta pertinenza degli enti pubblici territoriali, che rappresentano una risorsa ormai ineludibile al fine della ricostruzione di nuovi aspetti fondamentali della microstoria e di un complessivo riposizionamento della storiografia sui centri urbani, oltre che di quella sull'evoluzione di settori specifici dell'amministrazione statale come i servizi sociali e la sanità.

Nonostante l'opera benemerita del CISO (Centro Italiano per la Storia Sanitaria e Ospitaliera) — che ha posto a più riprese il problema della salvaguardia degli archivi ospedalieri e degli enti di pubblica assistenza attraverso la definizione della mappa archivistica sanitaria del nostro paese — siamo ancora molto lontani dal livello di sistemazione, ordinamento e conservazione delle fonti conseguito in altri Stati o dalla creazione di istituzioni come l'*Institute of the History of Medicine* della *Johns Hopkins University*[2], che rappresenta l'esempio avanzato di uno stretto legame tra memoria storica, conoscenza scientifica, ricerca, sperimentazione e applicazione pratica di un esteso patrimonio di informazioni.

Tuttavia, l'impulso che i Centri per la storia sanitaria e ospitaliera, le Soprintendenze archivistiche e gli uffici centrali del Ministero dei beni culturali hanno fornito alla ripresa di un interesse per i problemi degli archivi sanitari in Italia sta consentendo un primo recupero delle posizioni perdute e l'avvio di una nuova fase di lavoro, come testimonia la ricchezza di temi e contributi presenti nel convegno nazionale di studi organizzato dalla Soprintendenza archivistica per la Campania[3].

L'obiettivo di questo impegno volto all'individuazione delle fonti, alla loro protezione, tutela e valorizzazione, richiede una fase di ricerca ap-

[2] Cfr. *State University of New York Health Science Center, Guide to the Archives*, Brooklyn, N.Y., The Archives, 1996; S. Dixon, J. Sheppard, A.L. Hall, *A Guide to the Contemporary Medical Archives Centre*, 4th ed., London, Wellcome Institute for the History of Medicine, 1995; G. Alister Tough, *Medical archives of Glasgow and Paisley: a guide to the Greater Glasgow Health Board Archive*, Glasgow, University of Glasgow, 1993.

[3] Sono testimonianza di questo rinnovato interesse anche recenti contributi, come quelli che mettono in diretta relazione la storia della medicina e della sanità con il tema della riscoperta e della valorizzazione delle fonti archivistiche (Cfr. *La Storia della medicina e della scienza tra archivio e laboratorio. Saggi in memoria di Luigi Belloni*, a cura di G. Cimino, C. Maccagni, Firenze, Olschki, 1994).

profondita, che investa, oltre agli enti sanitari e ospedalieri esistenti, anche quelli che hanno terminato il proprio servizio o sono stati disciolti, le istituzioni assistenziali pubbliche, i presidi sanitari presso le scuole, le carceri e le caserme. In questo contesto, è di fondamentale importanza la verifica dei fondi riguardanti i servizi igienico-sanitari, esistenti presso gli archivi municipali, come fonte essenziale per la conoscenza dei rapporti tra ambiente, salute e popolazione nei centri urbani.

La novità di queste iniziative, che si pongono l'obiettivo della costituzione, della diffusione e della crescita di un *sistema* di archivi locali (e settoriali), risiede nello sforzo di individuare le fonti necessarie per compiere un deciso avanzamento degli studi sul nostro passato, superando una visione generale e indistinta della storia in favore di una impostazione attenta all'articolazione e alla specializzazione tematica delle discipline storiche. L'argomento dei servizi sociali consente di aprire nuovi campi di ricerca e di fornire nuove risposte agli interrogativi sulle modalità di organizzazione, di integrazione e di sviluppo delle comunità locali. Infatti, l'approfondimento di questo tema è particolarmente stimolante per affrontare lo studio delle relazioni sociali; per esaminare l'interazione tra gli uomini allo scopo del conseguimento degli interessi collettivi, oltre che per la tutela dei diritti di ciascun cittadino; per verificare concretamente (e in una prospettiva storica) i rapporti tra i costi e i benefici sociali di un determinato assetto delle strutture di natura assistenziale e sanitaria.

Il contributo che possono dare gli archivi sanitari a questo stadio delle attività di indagine e di ricerca è di notevole rilievo, sia per la consistenza dei materiali che per la loro varietà (dalla documentazione medica a quella sanitaria ed ospedalieria, fino a quella di carattere assistenziale e sociale). La prima preoccupazione degli esperti, degli studiosi e dei tecnici deve essere l'azione per evitare la dispersione o la perdita di questo patrimonio, attraverso la denuncia delle disfunzioni e dei casi di vero e proprio abbandono. Tuttavia, è necessario anche profondere uno straordinario impegno per rendere sempre più fruibili nuove e significative fonti, mediante un'opera diffusa di riscoperta e conservazione dei fondi archivistici socio-sanitari.

Si tratta di un compito non semplice, che è per molti versi simile a quello della ricostruzione, del riordino e della gestione di un patrimonio

documentario eterogeneo, complesso e assai cospicuo come quello archivistico disponibile presso gli enti locali e, in particolare, i Comuni. Un'attività di questo tipo è stata svolta nel corso di questi ultimi anni dalla Commissione speciale per gli archivi storici del Comune e degli altri enti di sua competenza (partecipati o collegati), che si è impegnata a fondo per il recupero di un vasto patrimonio cartaceo, lasciato in condizioni di totale abbandono da circa mezzo secolo.

L'archivio storico municipale di Napoli è una fonte di straordinario valore per lo studio della storia della città nei suoi vari aspetti; non solo, quindi, nel settore istituzionale-amministrativo e in quello politico, ma anche nel campo economico e finanziario, come in quello sociale, assistenziale e sanitario e, in generale, in quello territoriale, del patrimonio e dei servizi pubblici. Finora, questo archivio, che contiene una vasta documentazione di grande importanza — sebbene sia andata perduta una parte consistente dei fondi municipali dei secoli dal XIV al XVIII —[4], è stato utilizzato sporadicamente, quasi esclusivamente per indagini di carattere storico-amministrativo.

La situazione attuale dell'archivio, nonostante il lodevole impegno di alcuni solerti funzionari del Comune di Napoli e le recenti iniziative della Soprintendenza archivistica, appare per molti versi simile a quella descritta da Bartolommeo Capasso nell'opera di classificazione del suo *Catalogo ragionato dei libri, registri e scritture esistenti nella sezione antica o prima serie dell'Archivio Municipale di Napoli (1387-1806)*[5], quando

[4] La perdita, a causa dell'incendio del 4 marzo 1946, di una consistente parte di fondi (circa la metà degli originari duemila volumi), pur procurando un danno di incalcolabile portata al patrimonio documentario, non ha ridotto definitivamente il valore storico dell'archivio, che oggi viene vivificato da tutte le raccolte del periodo successivo all'unificazione e dai nuovi apporti, in particolare, gli atti e i documenti di altri importanti enti cittadini, a cominciare da quelli di carattere assistenziale e benefico.

[5] L'opera di Bartolommeo Capasso costituisce, ancora oggi, un contributo fondamentale alla comprensione della storia cittadina e un modello di alto rigore scientifico nella catalogazione archivistica. Egli divise le scritture in tre parti principali: I. *Città in generale ed in relazione con la suprema autorità dello stato e col resto del regno*; II. *Tribunale di S. Lorenzo e sue dipendenze*; III. *Tribunali e Deputazioni, ordinarie e straordinarie.* Le carte che non avevano attinenza con queste categorie vennero rilegate in un'*Appendice*; mentre le pergamene furono, a loro volta, distinte in quattro parti. Capasso, inoltre, pubblicata nel 1876 la *parte I* del suo *Catalogo delle scritture dell'Archivio Municipale di Napoli*, che esaminava la prima delle tre categorie della documentazione municipale (la *Città in generale*), si dedicò alla stesura delle altre due parti, che avrebbero dovuto riguardare le rimanenti categorie in cui era stato diviso l'archivio. La *parte II* dell'opera, relativa al *Tribunale di S. Lorenzo*, vide la luce solo nel 1899, a causa dei numerosi

predominavano ancora il disordine e la frammentazione dei documenti comunali.

L'archivio storico municipale, dopo un cinquantennio di disinteresse da parte degli amministratori locali — culminato nella decisione di destinare l'edificio che lo avrebbe dovuto ospitare ad altri uffici comunali, sebbene la costruzione fosse stata specificamente ideata per una struttura archivistica —[6], si trova oggi collocato in due sedi principali: quella di salita Pontenuovo, dove, alla metà degli anni sessanta, vennero trasferiti da palazzo S. Giacomo i libri e le scritture relativi alla parte storica, cioè, le sezioni che abbracciano i due periodi dal 1387 al 1806 (prima serie) e dal 1806 al 1861 (seconda serie); quella di S. Lorenzo, considerata tradizionalmente un luogo di deposito, che, al contrario, oggi ha il valore di un vero e proprio archivio storico, rappresentando la parte più ricca di documentazione e più completa dell'intero patrimonio archivistico municipale, e che riguarda gli altri due periodi, dal 1861 al 1948 (terza serie) e dal 1948 al 1988 (quarta serie)[7]. Inoltre, una parte fondamentale della documentazione, che è costituita nel complesso da quasi un centinaio di fondi archivistici, si trova collocata in diverse altre sedi, in gran parte locali del Comune posti a notevole distanza l'uno dall'altro.

L'archivio storico municipale di Napoli risulta suddiviso in quattro serie cronologiche, a cui si è aggiunta una serie speciale, concernente gli archivi di enti disciolti, entrati a far parte del patrimonio documentario comunale. La serie speciale contiene gli archivi di alcuni enti disciolti,

---

impegni sopravvenuti, non ultimo la sua nomina alla direzione dell'Archivio di Stato di Napoli, verificatasi nel 1882. Tuttavia, la morte di Capasso non rese possibile il completamento del lavoro avviato, fino al 1916, quando venne pubblicata la *parte III*, riguardante *Tribunali e Deputazioni*, a cura di Raffaele Parisi, il quale, pur avendo collaborato con il suo predecessore alla preparazione del secondo volume, non seguì l'impianto originario dell'opera, allontanandosi dai criteri severi che avevano indirizzato il precedente impegno di classificazione e incentrando il suo catalogo sulla descrizione dei monumenti e dei luoghi storici della città.

[6] In questo dopoguerra l'attenzione rivolta all'archivio è stata molto scarsa da parte degli amministratori cittadini e della burocrazia comunale, tanto da mettere a repentaglio la stessa sopravvivenza di questo fondamentale patrimonio documentario.

[7] La prima serie, corrispondente al periodo che si conclude nel 1806, segue la classificazione di Bartolommeo Capasso in tre parti. La prima parte, riguardante la *Città*, comprende le *Pergamene*, che sono attualmente conservate presso l'Archivio di Stato di Napoli a titolo di deposito e che sono suddivise in quattro sezioni: I. *Privilegi, capitoli e grazie concesse alla Città e Regno di Napoli* (ventiquattro pergamene, dal 1387 al 1794); II. *Brevi pontifici, bolle episcopali, Curia ecclesiastica* (ventotto pergamene, dal 1554 al 1767); III. *Diplomi, privilegi a privati, patenti rila-*

passati al Comune, e precisamente: l'archivio della real Casa santa dell'Annunziata (o *Ave Gratia Plena*); l'archivio del real stabilimento S. Maria Vertecoeli; l'archivio dei Collegi riuniti «Principe di Napoli» (o

---

sciate dal Prefetto dell'annona o dagli Eletti (ventotto pergamene, dal 1466 al 1786); IV. *Atti notarili* (ottantadue pergamene, dal 1501 al 1638). Sempre nella prima parte, anche se ampiamente danneggiati dall'incendio di Castelnuovo, si trovano classificati: I. *Privilegi, capitoli e grazie concesse alla Città e Regno di Napoli* (dieci volumi, dal 1387 al 1802); II. *Ordini della suprema autorità dello Stato. Lettere del Re o del Viceré. Dispacci e provvisioni regie. Biglietti del Viceré* (centodieci volumi, dal 1480 al 1806); III. *Piazze e Sedili* (un volume, dal 1658 al 1760); IV. *Cinque e Sei* (nove volumi, dal 1614 al 1799); V. *Deputazione del buon governo* (un volume, dal 1707 al 1799); VI. *Parlamenti generali* (diciannove volumi, dal 1306 al 1787); VII. *Deputazione del donativo. Deputazione per la refezione della cassa militare* (centotrentatré volumi, dal 1701 al 1800); VIII. *Entrate e spese della città* (trecentosessantuno volumi, dal 1518 al 1808); IX. *Conti e documenti giustificativi* (ottocentocinquantatré volumi, dal 1552 al 1808); X. *Processi* (diciotto volumi, dal 1565 al 1805). La seconda parte, completamente distrutta nel 1946, comprende gli atti del *Tribunale degli Eletti o di S. Lorenzo e sue dipendenze* ed è suddivisa in quattro sezioni: I. *Atti del Tribunale* (dal 1502 al 1808); Il. *Atti delle Deputazioni dipendenti dal Tribunale e permanenti* (dal 1529 al 1825); III. *Atti delle Amministrazioni Municipali succedute al Tribunale di S. Lorenzo* (dal 1799 al 1809); IV. *Miscellanea.* La terza parte, anch'essa andata quasi interamente perduta, contiene gli atti dei *Tribunali e Deputazioni ordinarie e straordinarie, con o senza giurisdizione* ed è costituita da: I. *Tribunali e Deputazioni ordinarie con giurisdizione*; II. *Deputazioni ordinarie senza giurisdizione*; III. *Deputazioni straordinarie senza giurisdizione*; IV. *Appendice.*

La seconda serie, corrispondente al periodo tra il 1806 e il 1861, si è salvata quasi completamente dall'incendio del 1946 ed è divisa in diciotto categorie. Queste scritture, di cui esiste solamente un inventario parziale, comprendono: I. *Rappresentanze del Comune e suoi atti (Decurionato e Corpo di Città),* (1806-1861); II. *Reali dispacci e lettere* (1806-1829); III. *Patrimonio*; IV. *Personale* (1821-1860); V. *Contabilità*; VI. *Opere pubbliche* (1806-1899); VII. *Acque e giardini* (1827-1867); VIII. *Polizia amministrativa*; IX. *Culto e cimiteri* (1807-1860); X. *Salute pubblica e igiene*; XI. *Occupazione del suolo pubblico e delle spiagge*; XII. *Beneficenza*; XIII. *Industrie pubbliche*; XIV. *Annona* (1808-1860); XV. *Milizia cittadina*; XVI. *Esercito e armata*; XVII. *Affari diversi*, XVIII. *Piante e disegni.*

La terza serie, corrispondente al periodo tra il 1861 e il 1948, e la quarta serie, corrispondente al periodo tra il 1948 e il 1988, secondo la suddivisione provvisoria recentemente operata dai curatori dell'archivio nella sede di Pontenuovo sono divise in quattro parti, pressoché integre: I. *Consiglio Comunale*; II. *Giunta Municipale*; III. *Ordinanze Sindacali e Comunali*, IV. *Decennali.* La prima parte, relativa agli atti del *Consiglio Comunale*, comprende: le *Delibere* e il *Carteggio vario*, nonché le *Deliberazioni* e gli *Allegati* (1861-1986); i *Bilanci* (1861-1981); le *Pandette* (1901-1981); i *Ruoli* (1878-1982); i *Verbali* (1861-1992). La seconda parte, riguardante gli atti della *Giunta Municipale*, comprende: gli *Elenchi delle deliberazioni trasmesse per l'approvazione* (1915-1930); gli *Schemi delle deliberazioni* (1861-1983); le *Deliberazioni* (1861-1987); le *Delibere con visto di approvazione dell'organo di controllo* (1931-1986); i *Verbali delle sedute* (1925-1947); le *Pandette* (1861-1968); i *Ruoli* (1881-1969). La terza parte, relativa alle *Ordinanze Sindacali e Comunali*, comprende: le *Ordinanze* (1937-1982); i *Decreti Sindacali* (1957-1982); le *Pandette* (1937-1982); i *Ruoli* (1937-1982). La quarta parte, riguardante i *Decennali*, comprende: gli *Atti di nascita* (1896-1965); gli *Atti di matrimonio* (1876-1965); gli *Atti di morte* (1906-1965); gli *Atti di cittadinanza* (1946-1965). La terza e la quarta serie, inoltre, dispongono di una pandetta per settori, in gran parte incompleta, con una suddivisione in ventitré categorie: I. *Ufficio del Gabinetto*; II. *Segreteria*

real Albergo dei poveri); l'archivio dell'opera pia Madonna Assunta; l'archivio dell'asilo Ugo Filangieri; l'archivio del dormitorio pubblico Vittorio Emanuele; l'archivio dell'opera pia Gustavo Forquet; l'archivio dell'opera pia Ospizio di Napoli; l'archivio del Convitto giovanile di Napoli; l'archivio della fondazione Raffaele De Ruggiero; l'archivio dell'Ente Comunale di Assistenza; l'archivio dell'arciconfraternita S. Giuseppe Maggiore; l'archivio della Casa di riposo Giuseppe Signoriello; l'archivio dell'Opera nazionale maternità ed infanzia; l'archivio della società anonima asili infantili; l'archivio dell'istituto Maglione; l'archivio degli istituti di istruzione ed assistenza femminili. Si tratta di fondi documentari di grande rilievo e molto antichi, che sono collocati anche presso sedi diverse da quelle comunali (come l'edificio dell'Annunziata, quello dell'Archivio di Stato di Napoli e quello dell'archivio militare di Pizzofalcone) e che richiederebbero uno specifico impegno di indagine e di riordino, date le loro condizioni di precarietà e di trascuratezza. In questi archivi sono conservati documenti di grande interesse, a cominciare dai fascicoli degli assistiti, riguardanti le istituzioni ospedaliere che operavano in città sotto la gestione delle opere pie, prima, e delle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza, poi.

L'importanza dell'archivio storico municipale di Napoli, se non bastassero le notazioni fin qui riportate, può essere ulteriormente sottolineata se si considera l'esistenza di altri archivi di pertinenza comunale ancora dislocati presso sedi autonome o distaccate, come, ad esempio: gli archivi delle aziende municipalizzate (Atan, Aman, Centrale del latte, Compagnia del gas); gli archivi delle sedi municipali delle zone a oriente, settentrione e occidente della città, che hanno rappresentato Comuni distinti da quello di Napoli fino agli anni venti; gli archivi delle singole direzioni del Comune (in particolare, quelli della Statistica, dello Stato civile, del Patrimonio, dell'Igiene e Sanità).

Finora, nonostante la vastità e la ricchezza del patrimonio archivistico comunale, questa documentazione è stata oggetto di indagini e di

---

Generale; III. *Personale*; IV. *Provveditorato Generale*; V. *Statistica e Censimento*; VI. *Avvocatura*; VII. *Direzione Nettezza Urbana*; VIII. *Direzione Polizia Urbana*; IX. *Comando Vigili Urbani*; X. *Direzione Giardini*; XI. *Direzione Anagrafe Elettorale*; XII. *Direzione Stato Civile*; XIII. *Direzione Annona*; XIV. *Assistenza*; XV. *Cultura*; XVI. *Ragioneria e Finanza*; XVII. *Cimiteri*; XVIII. *Direzione Sanità e Igiene*; XIX. *Decentramento Amministrativo*; XX. *Ufficio Tecnico*; XXI. *Tributi*; XXII. *Patrimonio*; XXIII. *Esattoria Comunale.*

approfondimenti scientifici molto limitati e — a causa dello stato di fatiscenza delle sedi, delle condizioni di precarietà e incompiutezza degli inventari, del grado di dispersione e frammentazione dei fondi — non è stata valorizzata attraverso quell'opera di promozione che un archivio di tale pregio e portata storica avrebbe meritato[8].

Grazie all'intervento della Commissione speciale per gli archivi storici del Comune si è riusciti a passare da un disinteresse e un abbandono durati circa mezzo secolo ad una ripresa di attenzione verso il problema dei fondi archivistici della città, avviando una nuova e consapevole iniziativa di monitoraggio e di valorizzazione, con un impegno congiunto dell'istituzione locale, della Soprintendenza e di un gruppo qualificato di studiosi, che si sono fatti carico di fornire un più adeguato trattamento ad una risorsa finora inutilizzata.

L'obiettivo iniziale è stato analogo a quello che si posero Bartolommeo Capasso e gli amministratori della sua epoca, quando cominciarono l'opera faticosissima di recupero dell'archivio. Innanzitutto, è stata effettuata una prima ricerca e catalogazione dei fondi esistenti, al fine di predisporre una mappa di tutta la documentazione archivistica, finora censita in modo irrazionale (o nient'affatto registrata), stabilendone con maggiore certezza l'ubicazione e lo stato di conservazione. La seconda fase di tale lavoro riguarderà l'opera di riordino e di sistemazione organica dei documenti, provvedendo alla creazione di un inventario unico e completo e alla informatizzazione di tutti i dati ad esso relativi. Allo stesso tempo, si è puntato all'unificazione di tutti i principali fondi archivistici in un solo luogo, individuato nell'edificio storico di piazza Dante, dove era collocata la sede dell'anagrafe comunale. Infine, si è valutata la possibilità di verificare forme di gestione autonome dell'archivio, pur mantenendo la titolarità del Comune su questo bene culturale, favorendo il coinvolgimento di specifiche competenze, a cominciare da quelle della Soprintendenza archivistica, e garantendo modalità di azioni funzionali all'obiettivo della piena tutela e riqualificazione dell'intero patrimonio documentario municipale.

[8] Negli ultimi tempi, nuove possibilità di ricerca sono state sperimentate, sia pure solo parzialmente, da chi si occupa di storia economica e finanziaria, attraverso l'esame dei bilanci comunali e dei verbali del consiglio comunale e della giunta. Questo interesse per una delle parti meno conosciute dell'archivio dimostra la necessità di una più puntuale divulgazione del patrimonio documentario disponibile presso l'archivio municipale e di una sua complessiva risistemazione.

Un impegno di questo tipo, per conseguire un chiaro successo, dovrà continuare con grande energia, del tutto scevro dalle gelosie che troppo spesso caratterizzano gli enti e gli individui che si dedicano alla ricerca. In questo modo, potrà essere definitivamente restituito alla città uno dei suoi beni storico-culturali di maggiore importanza, completando un'opera di recupero e di promozione che può valicare i limitati confini locali e far diventare l'archivio storico municipale di Napoli una meta di interesse prioritario della comunità scientifica nazionale ed internazionale.

ANNA MARIA MURAGLIA

Archivi sanitari in Basilicata

Le istituzioni di assistenza e beneficenza sono state, durante il periodo borbonico, una delle principali basi del sistema sociale. In ogni comunità (università - comuni) i luoghi pii (ospedali, monti, conservatori) rappresentavano importanti centri di potere o di prestigio nell'ambito della società civile. Accanto alle istituzioni «laiche» amministrate cioè dalla nobiltà e dal «popolo» i luoghi pii «misti» cioè amministrati anche dalla chiesa e le confraternite, contribuivano alla stabilità economica e all'assistenza dei ceti più emarginati oltre ad essere strumento di immediato peso politico nelle aministrazioni della comunità.

Si sono, quindi, evidenziati vari aspetti numerici e statistici riguardanti le istituzioni della Basilicata esistenti nel 1788 e nel 1861 e 1862. Dal numero degli istituti e dalla loro descrizione nella «Statistica delle opere pie» è possibile ricavare un quadro generale di grande interesse. Il confronto è possibile per i tre momenti storici sulla base della documentazione a stampa conservata, da integrare naturalmente con quella archivistica, se ancora esistente.

Nel 1788 il Tribunale misto, organo di tutela dei luoghi pii laicali e misti delle province del regno di Napoli, divise fra di essi le spese di funzionamento del Tribunale stesso attribuendo a ciascun «luogo» una «prestazione», in genere di ducati 1.50. Per alcuni, la prestazione verrà però fissata in misura superiore (tre, quattro, cinque, anche sei ducati) con criterio però ignoto. Per la Basilicata vi è innanzitutto da segnalare che la regione viene identificata come provincia di Matera, e, come fu dal 1663 al 1808, città capoluogo. Sono indicati a Matera ventisei luoghi pii, e a Potenza tredici. In tutti i paesi della provincia ammontano a ben 747 tassati per complessivi ducati 1194.

Due enti, la confraternita di S. Maria, la Civita di Spinazzola e la cappella del soccorso nella chiesa dei Padri riformati di Cancellara dovettero versare ben quindici ducati. Tre altri luoghi pii, la cappella dell'Annunziata di Corleto, la confraternita di S. Maria la Neve di Lagonegro e la cappella di S. Rocco di Lauria pagarono invece sei ducati; quattro ducati e cinquanta grana pagarano altri tre luoghi: la confraternita del pio Monte dei morti di Montemurro, la cappella del Rosario di Oppido e la chiesa del Ss. nome di Gesù di Viggiano; quarantotto altre istituzioni pagarono tre ducati e tutte le altre un ducato e mezzo.

Le cappelle e le confraternite costituivano la maggior parte dei luoghi pii (584) ai quali si aggiungeranno settantasette monti frumentari, un monte di fave, due monti di maritaggi, un monte dei Poveri, uno di Misericordia e uno di Pietà. Vi è un Monte di fave in Rotonda destinato cioè alle anticipazioni ed alle agevolazioni previste per i Monti frumentari, per i coltivatori di fave.

Ai 747 luoghi pii «laicali», cioè amministrati esclusivamente da laici e di proprietà delle università, ai «misti» cioè amministrati congiuntamente da laici ed ecclesiastici, devono poi aggiungersi le istituzioni religiose che pur esplicavano attività di assistenza e beneficenza e le istituzioni sotto il diretto controllo del governo. Tali istituzioni trovarono, poi, con il Decennio francese e dopo la restaurazione borbonica una più razionale organizzazione e avevano un controllo molto più diffuso e presente sul territorio, in quanto in ogni comune vennero istituite delle Commissioni di beneficenza, e, dal 1862, Congregazioni di carità, che amministravano le opere pie di proprietà comunale e quelle private che per statuto o decisione sovrana, motivate da semplicità ed economicità di questo tipo di amministrazione, avevano sede legale nel comune.

Rinviando ad un altro specifico studio l'esame analitico di tutte le opere pie (statistica del 1861) della provincia, è di notevole interesse indicare quelle segnalate dal Ministero dell'interno nel «Saggio di statistica» compilato ed edito nel 1864, quale appendice al «Calendario generale del regno d'Italia» del 1862. Pubblicazione fondamentale per lo studio dell'organizzazione dello Stato dall'Unità al 1922, ultimo anno di edizione a cura del Ministero dell'interno e quindi comprensiva di tutte le province e ministeri.

In questa appendice del 1864 sono riportati soltanto alcuni dei dati della statistica del 1861 e cioè:

1) nome della provincia
2) circondario
3) comune
4) denominazione e scopo degli istituti pii ed epoca della loro fondazione
5) rendita annua netta in lire italiane
6) i capitali (solo per pochissime situazioni, nessuna della Basilicata)
7) il numero dei beneficiati dell'anno 1862
8) i nomi dei capi, l'amministrazione, ecc.

Per la Basilicata sono indicati quattro circondari: Lagonegro, Matera, Melfi e Potenza.

Per il circondario di Lagonegro tre comuni: S. Chirico Raparo, Maratea e Tursi.

Per il circondario di Matera, i comuni di Matera e Montepeloso.

Per il circondario di Melfi, i comuni di Melfi, Muro, Venosa e S. Fele.

Per il circondario di Potenza, i comuni di Potenza, Avigliano e Vietri. Vi è un totale di dodici comuni con diciassette opere pie per tutta la provincia.

Le opere pie sono le seguenti:

1) S. Chirico Raparo: a) orfanotrofio dell'Addolorata educazione di orfane, (a. 1816), R.A. L. 5,087,00. Beneficiate 56, con amministratore Pasquale Bentivenga; b) conservatorio delle convittrici di Gesù, istruzione (a. 1826), R.A. L. 1389,00. Beneficiati cinque, amministrazione: la Congregazione di carità.

2) Maratea: a) ospedale distrettuale, R.A. L. 1428,00. Beneficiati sei, amministrazione: la Congregazione di carità; b) conservatorio Salesiano, istruzione ed educazione giovinette R.A. L. 5521,00. Beneficiati venti, amministrazione: la Congregazione di carità.

3) Tursi: conservatorio Salesiano, istruzione ed educazione giovinette, (a. 1666), R.A. L. 2248,00. Beneficiati diciotto, amministrazione: la Congregazione di carità.

4) Matera: a) ospedale distrettuale, (a. 1833), L. 1495,00. Beneficiati otto, amministrazione: la Congregazione di carità; b) conservatorio S. Giuseppe, educazione di giovinette, (a. 1594), R.A. L. 15656,00. Beneficiati quarantasette, amministrazione: la Congregazione di carità.

5) Montepeloso: ospedale, cura infermi, R.A. L. 1241. Beneficiati sei, amministrazione: la Congregazione di carità.

6) Melfi: ospedale di S. Giovanni, per infermi poveri, (a. 1621), R.A. L. 1360,00, letti sei, amministrazione: la Congregazione di carità.

7) Muro: ospedale, per infermi poveri, (a. 1847), R.A. L. 1.257,00 letti sei, amministrazione: la Congregazione di carità.

8) Venosa: a) ospedale, luoghi pii e cura infermi infermi poveri, (a. 1727), R.A. L. 1695,00, letti sei, amministrazione: la Congregazione di carità;

b) conservatorio di S. Carlo, istruzione giovinette, (a. 1624), R.A. L. 1768,00. Beneficiati otto, amministrazione: la Congregazione di carità.

9) San Fele: conservatorio Salesiano, istruzione di giovinette, (a. 1675), R.A. L.A. L. 5890. Beneficiati trentacinque, amministrazione: la Congregazione di carità.

10) Potenza; a) istituto delle Girolomine, ricovero di orfane e proiette, (a. 1844), R.A. L. 12312,00. Beneficiati novantatré, amministratore dott. Pietropaolo Amati. b) ospedale di S. Carlo, (a. 1809), R.A. L. 13.770,00. Beneficiati quaranta, amministratore Domenico Nardi.

11) Avigliano: ospizio della Pace, educazione degli orfani, (a. 1815), R.A. L. 17.688.00. Beneficiati otto, amministratore Donato Pace.

12) Vietri: ospedale, poveri infermi, (a. 1833), R.A. L. 1955,00. Beneficiati sei, amministrazione: la Congregazione di carità.

Sono quindi escluse non soltanto le confraternite e le cappelle, ma anche i monti frumentari, di pegno, di pietà e gli altri istituti aventi per scopo opere di culto, elemosine e sussidi. Tale classificazione contrasta, però, con un progetto, allegato al volume delle opere pie classificate per scopo.

Infatti in esso, unico per tutte le province del regno, sono individuati quattro scopi: I) cura medica, II) ricovero, istruzione ed educazione, III) sussidio temporaneo, IV) previdenza. Gli ospedali per il I scopo sono distinti in tre gruppi:

a) per tutte le malattie acute in genere,

b) per ammalati speciali bambini, puerpere, pazzi, sifilitici, ecc.,

c) per ammalati cronici o incurabili. Gli otto ospedali della Basilicata sono tutti assegnati alla lettera a, cioè sono considerati ospedali per tutte le malattie acute.

II) Le opere pie di ricovero, istruzione ed educazione hanno, invece, una più articolata classificazione secondo l'età dei ricoverati:

a) asili per la prima età, senza distinzione di sesso, suddivisi in stabilimenti di trovatelli o brefotrofi e asili e scuole infantili. Tra i befotrofi è indicato l'istituto delle Girolomine di Potenza;

b) ritiri ed istituti per ricovero, educazione istruzione e lavoro con ulteriore specificazione in istituti per orfani maschi, per orfane, conservatori ed educandati femminili, istituto di sordomuti ed istituti di ciechi.

Fra questi sono classificati gli istituti di Potenza e S. Chirico Raparo.

Ulteriore distinzione viene poi fatta fra gli istituti per ravvedimento e istruzione al lavoro, dove sono presenti istituti per i «discoli ed i liberati dal carcere»ed istituti per «ragazze pericolanti o pericolate».

Infine sono indicati gli istituti per l'istruzione pubblica, escluse le scuole comunali.

In realtà sono indicate solo le scuole pie, maschili, femminili e promiscue. Fra quelle femminili sono inserite le sei scuole femminili dei circondari di Lagonegro, Melfi e Matera.

La terza ed ultima suddivisione è prevista per gli istituti e ricoveri per adulti, vecchi e mendici. Sono indicati qui gli istituti di ricovero di mendicità e case di industria e lavoro, i ritiri di donne pentite o reiette dal marito, i ritiri di vedove o nubili povere o decadute di fortuna. Infine le scuole pie speciali per gli adulti, escluse le comunali. Nessuna opera pia è indicata, come già detto, in Basilicata.

III) Opere pie di sussidio temporaneo: anche per queste opere pie vi sono numerose ed ulteriori suddivisioni per identificare con precisione lo scopo dell'istituto ed il loro numero per ciascuno scopo.

Non vi è nessuna opera pia indicata per la Basilicata ma è interessante indicare in questa sede, per le considerazioni successive, le varie suddivisioni.

Una prima suddivisione è fatta per le opere di beneficenza, per limosina e soccorsi diversi e le opere pie per prestiti diversi. Le opere di beneficenza, ecc. sono, a loro volta, suddivise in: limosine e beneficenze (in genere concesse dalle Congregazioni di carità), medicinali, sussidi e cure ai malati, escluse le condotte mediche comunali, sussidi in oggetti, alimenti, vestiario, legna, ecc. ed, infine, in dotazione per maritaggi a nubende e dotazioni per studi ad allievi nelle lettere, scienze ed arti. Le opere pie per prestiti diversi sono divise in: prestiti di denaro e cioè

monti di pietà e pecuniari e prestiti di grano e sementi e cioè monti frumentari. I prestiti sono, poi, su pegno, a interesse o gratuiti, e senza pegno a interesse o gratuiti. Ugualmente per i monti frumentari fu fatta la distinzione fra prestito ad interesse e gratuito.

IV) Opere pie di previdenza: gli istituti sono distinti in pubblici e privati, per i pubblici sono indicati: le casse di risparmio; per i privati le società di mutuo soccorso, tra artisti, esercenti, operai, ecc.

Il prospetto è completato da un riepilogo totale delle opere pie di ciascuna provincia o gruppo di province (la Basilicata è inserita nel totale generale delle province napoletane) e da una ulteriore distinzione fra le opere pie senza scopo di culto e le opere pie «nelle quali con altri scopi entra pure quello di culto».

Le diciassette opere pie della Basilicata sono inserite tutte nella colonna degli istituti senza scopo di culto.

A conclusione vi sono da fare numerose osservazioni. La prima e fondamentale è la costatazione che il numero delle opere pie considerate ed inserite è di gran lunga inferiore a quello della quasi contemporanea statistica per il 1861.

Per tutte le province napoletane sono indicate 2019 opere pie, di cui alla sola città di Avellino sono attribuite 645 (643 nel riepilogo) opere pie senza classificazione degli scopi, mentre per tutte le altre province, come per la Basilicata, sono indicate soltanto alcune categorie di enti (ospedali, scuole, monti frumentari), ma senza mai raggiungere complessivamente il numero elevatissimo della sola città di Avellino.

I dati sono molto parziali e, se confrontati con la statistica del 1861, riduttivi e bassissimi. Non sono state, quindi, considerate le numerose opere pie che pur avrebbero trovato luogo e scopo nell'ampia casistica innanzi indicata.

Per una valutazione della situazione dell'assistenza in Basilicata nei tempi più recenti, sarebbe auspicabile che la documentazione afferrente, per esempio, il soppresso Ente comunale di assistenza fosse resa fruibile.

La stessa purtroppo è ancora conservata, spesso in pessime condizioni, presso i singoli comuni lucani.

BIBLIOGRAFIA

1) *Nota dei luoghi pii, laicali e misti della provincia di Matera* (s.n.t. [Napoli 1788]).
2) B. MARZOLLA, *Atlante corografico, storico e statistico del Regno delle Due Sicilie*, Napoli 1832.
3) *Guida Generale degli Archivi di Stato*, voll. 14, Roma, *ad vocem* Potenza, Matera.
4) *Statistica delle Opere Pie*, Compartimento della Basilicata, anno 1861. Milano 1871.
5) *Saggio di Statisica delle Opere Pie dei circondari e Comuni del Regno d'Italia*, a cura del MINISTERO DELL'INTERNO. Torino 1864.
6) ARCHIVIO DI STATO DI NAPOLI, *Regia Camera della Sommaria I conti delle Università (1524-1807), Inventario*, a cura di D. MUSTO, Roma 1969 (Pubblicazione degli Archivi di Stato, LXVI).
7) *Atti del convegno, Società e Religione in Basilicata nell'età moderna*, 25-28 settembre 1975, promosso dal Centro studi del Mezzogiorno - Università di Salerno, Roma 1977.
8) *Gli Archivi per la storia dell'alimentazione, Atti del Convegno, Potenza-Matera 5-8 settembre 1988*, Roma 1995, tt. 3 (Pubblicazione degli Archivi di Stato, Saggi 34).

ROBERTO PORRÀ

La vigilanza sugli archivi storici ospedalieri in Sardegna

Prima di esporre.le difficoltà incontrate e le soluzioni approntate nell'attività di vigilanza nei confronti degli archivi storici ospedalieri da parte della Soprintendenza archivistica per la Sardegna, ritengo opportuno tracciare alcune brevi note storico-istituzionali sui tre principali e più antichi ospedali esistiti nell'isola, rispettivamente a Cagliari, Sassari e Oristano.

Al periodo in cui Cagliari era capitale del *Regnum Sardiniae et Corsicae* catalano-aragonese, e in particolare al XV secolo, risalgono i primi documenti sull'ospedale di S. Antonio Abate, situato di fianco all'omonima chiesa, nella contrada di *Sa costa*, nel nuovo quartiere di Marina, allora in fase di espansione, fuori delle mura del Castello o *Castrum Callaris*.

Il nosocomio, la cui fondazione datava al periodo della precedente dominazione pisana, fu dapprima gestito dai religiosi dell'ordine di S. Antonio di Vienne, come appare da un documento del 1442, ma pochi anni dopo, nel 1449, passò sotto l'amministrazione diretta della municipalità cagliaritana formata in modo esclusivo dai conquistatori iberici: nello stesso periodo (1456) veniva istituito il protomedicato, massima autorità statale in campo sanitario che per tre secoli resse le sorti della Sardegna in questo settore, pur non intervenendo direttamente nella gestione degli ospedali lasciati alla cura delle magistrature cittadine[1].

[1] Cfr. P. MAMELI, *Le professioni sanitarie* in MINISTERO PER I BENI CULTURALI E AMBIENTALI, UFFICIO CENTRALE PER I BENI ARCHIVISTICI - DEPUTAZIONE DI STORIA PATRIA PER LA SARDEGNA, *La Corona d'Aragona. Un patrimonio comune per Italia e Spagna (secc. XIV-XV). Mostra ideata e coordinata da G. Olla Repetto*, Cagliari 1989, pp. 320-324.

Così a Cagliari i consiglieri civici provvedevano, attraverso la nomina di specifici amministratori («clavaris»), a pagare il personale medico e chirurgico, tramite i proventi delle donazioni, elemosine e lasciti testamentari a favore dell'ospedale, cui vennero in un certo periodo assegnate anche le entrate di tributi minori comunali[2]; gli ausiliari e gli «infermieri» erano spesso galeotti ai quali era stata commutata la pena nel servizio presso l'istituto di cura.

In queste condizioni veniva data l'assistenza medica gratuita agli esposti, agli indigenti, ai militari e ai marinai anche in transito.

L'insoddisfazione generale accompagnò per tutto il Quattrocento e il Cinquecento l'amministrazione del nosocomio.

Nel quadro di diversi provvedimenti del potere centrale tesi al miglioramento della situazione sanitaria dell'isola, quali l'emanazione, con pregone viceregio del 14 luglio 1608, di un regolamento sulla professione medica, chirurgica e farmaceutica, e l'istituzione delle università di Cagliari (1620) e Sassari (1632), che prevedevano corsi di medicina e chirurgia[3], si colloca anche l'azione dei consiglieri civici cagliaritani, i quali cercarono di porre rimedio allo stato non commendevole della pubblica casa di cura, pur sempre per dimensioni la maggiore dell'isola, affidandone l'amministrazione nel 1636 all'ordine di S. Giovanni di Dio o dei Padri Ospitalieri, dedito istituzionalmente all'assistenza dei malati indigenti: i frati stipularono una convenzione, che attribuiva loro ampie competenze, con il municipio e si insediarono nel nosocomio, creandovi una comunità conventuale[4].

Anche la gestione dei religiosi di S. Giovanni di Dio fu oggetto di forti critiche: in particolare si lamentava il fatto che vi fosse un'amministrazione indistinta fra ospedale e convento, entrambi sostenuti con i proventi delle entrate destinate almeno in origine al solo istituto di ricovero; le stesse «terapie mediche» prestate agli ammalati non erano ritenute soddisfacenti[5].

Solo con l'avvento della dominazione sabauda furono poste le basi

---

[2] Cfr. G. Pinna, *Sulla pubblica sanità in Sardegna dalle sue origini fino al 1850*, Sassari-Cagliari, Dessi, 1898, p. 183.

[3] *Ibid.*, pp. 62 e segg.

[4] Cfr T. Kirova, *I fatebenefratelli e l'ospedale di S. Antonio Abate* in *Arte e cultura del 600 e del 700 in Sardegna*, a cura di T. Kirova, Napoli, Edizioni scientifiche italiane, 1984, pp. 13-27.

[5] Cfr. G. Pinna, *Sulla pubblica sanità...* cit, pp. 17-18.

per un miglioramento reale della situazione: ciò avvenne nell'ambito del periodo contrassegnato dalla presenza di G.B. Lorenzo Bogino a capo della speciale Segreteria per gli affari di Sardegna a Torino (1759-1773).

In questo caso infatti fu l'autorità centrale ad intervenire, al contrario di quanto era avvenuto fino ad allora: dopo una prima misura nel 1763, per altro senza esito pratico, a distanza di due anni, il 7 maggio 1765, fu istituita una commissione, composta dall'arcivescovo di Cagliari, un giudice della reale udienza, suprema assise dell'isola, quattro nobili nominati dal viceré, due canonici scelti dall'arcivescovo, due consiglieri civici e due cittadini di agiata condizione economica; ad essa poteva partecipare il provinciale dei frati ospedalieri. Questa commissione aveva il compito di controllare strettamente la gestione dell'ospedale, esautorando di fatto i religiosi di S. Giovanni di Dio[6].

Successivamente, nel 1768, l'istituzione della commissione fu estesa anche agli altri ospedali sardi e furono emanate ulteriori norme in materia per specificarne i compiti.

Tra le altre disposizioni contenute nel nuovo provvedimento largo spazio era anche dedicato alla necessità di una corretta conservazione dell'archivio dell'ente, del quale si imponeva la redazione dell'inventario.

Il provvedimento istitutivo della commissione raggiunse lo scopo di migliorare la situazione del nosocomio sia dal punto di vista amministrativo sia da quello sanitario[7].

Contestualmente il governo sabaudo curò con speciale impegno la riorganizzazione delle università sarde, cadute in grave decadenza: nel quadro degli interventi a favore dell'ateneo cagliaritano (1764), particolare attenzione fu riservata al corso di medicina: le lezioni pratiche venivano svolte nell'ospedale, nel quale gli studenti dovevano anche prestare servizio gratuito a turno.

Ugualmente dopo la laurea i dottori in medicina erano tenuti a fare due anni di pratica presso l'ospedale o un altro medico accreditato. Allo stesso modo anche gli allievi del corso di chirurgia seguivano le lezioni pratiche all'ospedale e dovevano compiere un biennio di praticantato

[6] *Ibid.*, p. 180; ARCHIVIO DI STATO DI CAGLIARI, *R. Segreteria di Stato, II serie*, b. 82.

[7] G. PINNA *Sulla pubblica sanità...* cit. pp. 185-186; il provvedimento del 1768 è pubblicato in P. SANNA LECCA, *Editti e pregoni ed altri provvedimenti emanati nel Regno di Sardegna sotto il governo dei Reali di Savoia fino al 1774*, Cagliari 1775, II, pp. 86-92.

presso di esso, dopo aver terminato gli anni di studio, per poter esercitare la professione[8].

Il nosocomio cagliaritano dunque non era più solo un luogo d'assistenza ma si avviava a diventare un laboratorio scientifico e didattico in campo medico e chirurgico.

Nel 1806 i frati di S. Giovanni di Dio riottennero la gestione dell'ospedale di S. Antonio ma l'esperienza durò solo alcuni anni e fu sospesa definitivamente in quanto ancora negativa e quindi venne di nuovo insediata la commissione (1820); in seguito tale strumento di governo degli ospedali fu sostituito con il Consiglio di carità con regio editto del 7 giugno 1837.

Come già la commissione, il Consiglio aveva il compito di vigilare attentamente sulla gestione ospedaliera e sullo stesso personale sanitario e amministrativo, scelto quest'ultimo al di fuori del Consiglio e soggetto all'approvazione del viceré.

Il problema più urgente era all'epoca il reperimento di nuovi locali e, benché vi fosse stata nella seconda metà del Settecento la redazione di progetti di ampliamento dell'immobile di *Sa costa*[9], fu fatta la scelta di costruire un nuovo ospedale in una zona allora periferica ai confini del quartiere di Stampace: identificata l'area fu selezionato il progetto dell'architetto G. Cima, giudicato assai favorevolmente presso gli uffici ministeriali torinesi.

Passarono ben quattro anni dalla solenne cerimonia della posa della prima pietra del nuovo edificio: solo allora una parte limitata di esso fu agibile, dato che il progettista aveva avuto l'accortezza, su invito delle autorità centrali, di ideare una costruzione a moduli indipendenti, che permetteva l'utilizzazione di quelli appena terminati senza impedire o intralciare la costruzione di nuovi. Il vecchio nosocomio di S. Antonio venne definitivamente chiuso e il nuovo, intitolato a S. Giovanni di Dio, ne ereditò tutti i beni, compreso l'archivio che vi fu trasferito.

Il S. Giovanni di Dio, sul piano istituzionale, si configurava come un'opera pia: di conseguenza nel 1859 la sua amministrazione, a seguito della legge emanata il 20 novembre, fu posta sotto la tutela diretta della Deputazione provinciale.

---

[8] G. Pinna, *Sulla pubblica sanità*... cit, pp. 65-67.

[9] Cfr. T. Kirova, *I fatebenefratelli e l'ospedale*... cit, pp. 18-27.

Successivamente, nel periodo postunitario, pur con caratteristiche proprie, peraltro ancora da approfondire, seguì la medesima sorte di tutti gli organismi della stessa natura presenti a livello nazionale: tale tema è stato di recente esaustivamente trattato in un saggio da P. Carucci, al quale, per ragioni di brevità di esposizione, si rinvia[10].

Per molti versi simili a quelle dell'ospedale cagliaritano furono le vicende del nosocomio sassarese.

Intitolato almeno in origine alla S. Croce e sembra anche, almeno inizialmente, gestito da una confraternita sotto la medesima invocazione, appare documentariamente attestato a partire dal secolo XV[11]: la sua amministrazione all'epoca era soggetta al controllo della municipalità sassarese ed anch'esso, come quello cagliaritano, si sostentava grazie alle offerte e ai lasciti testamentari degli stessi cittadini. Situato in locali attigui all'episcopio, era ovviamente anche oggetto della sollecitudine delle stesse autorità ecclesiastiche.

Nel corso del Cinquecento non mancarono anche interventi in suo favore da parte del viceré, soprattutto dopo il sacco della città da parte delle truppe francesi nel 1527, e in generale in occasione delle visite che periodicamente venivano compiute dal massimo rappresentante nell'isola del sovrano spagnolo[12]. Nonostante queste misure estemporanee lo stato dell'ospedale non migliorò, soprattutto sul versante delle entrate, a seguito dell'insipienza amministrativa.

Anche a Sassari pertanto si decise di ricorrere ai frati ospedalieri, i quali dopo diversi contatti presero possesso del nosocomio, denominato nell'occasione «spedale di Santa Croce sotto la invocazione della Santissima Annunziata», stipulando apposita convenzione con le autorità civiche, nel 1639, pochi anni dopo Cagliari[13].

Il periodo di permanenza dei religiosi di S. Giovanni di Dio nel capoluogo turritano fu scandito da manifestazioni di insofferenza per la loro gestione, come d'altronde avveniva anche nella capitale del *Regnum Sardiniae*: bisogna però segnalare che durante tale lasso di tempo, e pre-

[10] P. Carucci, *Gli archivi ospedalieri: normativa, censimento, conservazione* in *Studi in onore di Giovanni Cassandro*, Roma, Ministero per i Beni Culturali e Ambientali, Ufficio Centrale per i Beni Archivistici, 1991, I, pp. 109-137.

[11] Cfr. E. Costa, *Sassari*, Sassari, Gallizzi, 1977, V, pp. 195-211.

[12] *Ibid.*, pp. 197-198.

[13] *Ibid.*, pp. 199-201.

cisamente nel 1673, fu chiuso il lebbrosario di Sassari, la cui origine rimontava al periodo giudicale, e il suo archivio e i suoi beni furono devoluti all'ospedale di S. Croce[14].

Le vicende successive del nosocomio sassarese seguono a ruota quelle dell'omologo cagliaritano: nel periodo sabaudo, come già ricordato, vi fu istituita nel 1768 la commissione; quest'ultima però, durò per un periodo maggiore: infatti era ancora operante quando, come a Cagliari, si decise di abbandonare i vecchi locali e di costruirne di nuovi.

Il nuovo edificio, progettato dall'ing. Berio e costruito nell'allora periferia cittadina, fu reso agibile nel 1849 e anche in questo caso il vecchio ospedale fu chiuso ed il nuovo ne ereditò i beni e l'archivio, conservandone anche il nome di Ss. Annunziata.

Gli avvenimenti posteriori riguardanti il nosocomio sassarese s'inquadrano anch'essi nell'ambito di quelli delle opere pie, di cui si è già accennato in precedenza.

Più scarne le notizie sull'ospedale di Oristano[15]: la sua prima attestazione risale al 1335, in quanto citato nel testamento del giudice d'Arborea, Ugone II, redatto in quell'anno[16]; successivamente, nel 1355, intervenne al parlamento celebrato a Cagliari l'abate dell'ospedale di S. Antonio di Oristano[17].

Amministrato in seguito anch'esso dal municipio, si sostentava soprattutto grazie al tributo pagato dalla cittadinanza e dagli abitanti dei cosiddetti tre Campidani, cioè il territorio rurale sotto la giurisdizione di Oristano: tale tassa consisteva in un quarto del grano seminato e veniva appunto definita «su quartu de Sant'Antoni». Sul nosocomio aveva diritto di patronato lo stesso sovrano iberico, il quale esercitava tale prerogativa in qualità di marchese di Oristano e quindi in retaggio dei poteri regali dei giudici di Arborea[18].

---

[14] *Ibid.*, p. 203

[15] G. Pinna, *Sulla pubblica sanità...* cit., pp. 191-192.

[16] Cfr. P. Tola, *Codice diplomatico della Sardegna*, Sassari, C. Delfino editore, 1985, tomo I parte seconda pp. 701-708; il documento è erroneamente datato al 1336, come rilevato in *Le pergamene dell'archivio comunale di Oristano (secc. XV-XVII). Mostra documentaria, Guida all'esposizione*, Oristano, Edizioni la memoria storica, 1995, p. 29.

[17] Cfr. *Acta curiarum Regni Sardiniae, Il Parlamento di Pietro IV d'Aragona (1353)*, a cura di G. Meloni, Cagliari, Consiglio Regionale della Sardegna, 1993, p. 79.

[18] Cfr. Municipio di Oristano, *Tre secoli di vita cittadina (1479-1720) dai documenti dell'archivio civico ad opera del prof. Antonio Era*, Cagliari 1937, p. 7; *Le pergamene dell'archivio comunale...* cit., pp. 29-30.

Nel 1640 l'ospedale fu affidato ai religiosi di S. Giovanni di Dio e nel 1768 passò sotto la stretta vigilanza della commissione; essendo del tutto insufficienti i locali, nel 1835 fu trasferito presso il convento di S. Martino fuori le mura, prendendo il nuovo nome da quest'ultimo ma anche in questa circostanza ereditando tutti i beni e l'archivio del precedente nosocomio, che fu chiuso.

Non si hanno informazioni bibliografiche sul prosieguo della vita del S. Martino, anche se a partire dall'epoca postunitaria essa si inquadra come quelle degli omologhi cagliaritani e sassaresi nell'evoluzione della legislazione riguardante le opere pie.

Gli archivi dei tre ospedali, di cui si è finora trattato, pur comprendendo documenti solo a partire dal secolo XVI, oltre ad essere, ovviamente, la diretta testimonianza dell'attività e delle vicende dei tre enti, rappresentano ciascuno una importante e preziosa fonte per la storia della sanità e in generale della stessa società dell'isola, sia pure in misura variabile, essendo più consistenti, nell'ordine, quelli di Cagliari e Sassari e meno quello di Oristano.

In particolare l'archivio del nosocomio cagliaritano attualmente è diviso in tre parti corrispondenti ai rispettivi versamenti; il primo nucleo consiste in oltre novecento pezzi, di cui centocinquanta registri con la coperta in pergamena (dal 1502): vi sono conservati documenti riguardanti l'amministrazione (registri di entrate e uscite, legati, atti di censo, cause civili, bilanci, rendiconti ecc.) ed in quantità minore anche la gestione sanitaria (registri entrata-uscita ammalati, militari ricoverati 1915-1919).

Conviene, a questo punto, riassumere le varie fasi dell'attività di vigilanza da parte della Soprintendenza archivistica per la Sardegna riguardo a questa documentazione e che l'hanno fortunatamente portata a sicuro approdo e custodia presso il locale Archivio di Stato.

Benché non fosse mai mancata l'attenzione verso tale patrimonio documentario, la svolta operativa si è verificata dal 1979, quando l'allora soprintendente, il dott. Giovanni Todde, grazie alle assunzioni effettuate ai sensi della l. 285/77 destinò tre funzionarie, con la collaborazione fattiva di altri impiegati, al censimento del materiale archivistico dell'ospedale[19].

[19] Le tre funzionarie erano la dott.ssa M.B. Lai, la dott.ssa C. Marongiu e la dott.ssa G. Usai;

All'epoca i documenti più antichi erano sparsi in vari locali del S. Giovanni di Dio in pessime condizioni, coperti di polvere e muffe; pertanto la prima esigenza fu quella di salvaguardarne l'esistenza stessa; a tal fine furono concentrati, grazie al lavoro, davvero ingrato nella circostanza, dei dipendenti della Soprintendenza, in un'unica stanza, dove subirono, a cura di tecnici dello stesso ospedale, la disinfestazione e la disinfezione[20].

Solo allora si provvide al censimento ed anche al condizionamento del materiale con lo scopo finale di arrivare ad suo deposito presso l'Archivio di Stato ai sensi dell'art. 34 del d.p.r. 1409/1963.

Infatti, non essendo stato ancora applicata in Sardegna la normativa nazionale della cosiddetta riforma sanitaria (la l. 23 dicembre 1978 n. 833), pur emanata da tempo, permanevano nell'isola a causa di questo ritardo, gli enti ospedalieri tra cui quello cosiddetto «degli Ospedali Riuniti», cui faceva capo l'ospedale di S. Giovanni di Dio[21].

Da parte del dott. Todde e dei suoi collaboratori vi fu quasi una lotta contro il tempo: consci che presto sarebbero cambiati gli interlocutori istituzionali, ormai sensibilizzati alle sorti dell'archivio storico del nosocomio, cercarono di far approvare al più presto ai responsabili dell'ente la convenzione di deposito con l'Archivio di Stato; ma, giustamente, la preoccupazione più pressante fu quella di realizzare quanto prima il trasferimento del materiale documentario all'istituto archivistico statale in quanto la situazione presso l'ospedale era quanto mai precaria per la mancanza di locali sicuri e idonei. Pertanto il subcommissario straordinario dell'ente ospedaliero, d'intesa e su sollecitazione del dott. Todde, con delibera del 21 luglio 1981, stabilì il deposito dell'archivio storico presso l'Archivio di Stato, in attesa della stipula dell'apposita convenzione; le operazioni di trasloco del materiale furono condotte dallo stesso personale della Soprintendenza.

---

con loro collaboravano il Sig. G.D. Serra, il sig. G. Camba, la sig.a Deiana, la sig. F. Virdis e la dott.ssa A. Borrelli.

[20] Nell'occasione da parte dei funzionari della Soprintendenza archivistica si suggerì di non adoperare, tra i prodotti chimici da impiegare, la formaldeide in quanto dannosa per il materiale pergamenaceo.

[21] Con decreto del presidente della Giunta regionale della Sardegna del 30 luglio 1971, n. 74 fu dichiarata ente ospedaliero l'istituzione pubblica di assistenza e beneficenza «Ospedali riuniti di Cagliari: cfr. G. Contini, *Codice delle leggi della Regione Sarda*, Milano, Giuffrè, 1977, II, p. 3401.

Appena in tempo: di lì a poco a seguito dell'applicazione anche in Sardegna della l. 833/78 furono soppressi gli enti ospedalieri e istituite le unità sanitarie locali: cambiò completamente lo scenario istituzionale e con esso mutarono gli uomini i quali avevano ricoperto i posti di direzione.

I gravi problemi che sul piano archivistico hanno comportato la creazione delle unità sanitarie locali sono stati ampiamente esaminati in un bel saggio di A.L. Bonella[22].

Questi nuovi organismi, legati ai comuni, venivano addirittura considerati come «strutture operative» di tali enti territoriali e quindi privi di personalità giuridica autonoma: pertanto non avrebbero dovuto adempiere agli obblighi imposti dalla normativa archivistica ai soggetti pubblici e di conseguenza tali obblighi sarebbero rimasti a carico dei comuni interessati: ma le unità sanitarie locali spesso, se non sempre in Sardegna, facevano capo a diversi comuni, rendendo così del tutto indeterminato su chi gravasse tale responsabilità. Di fatto, però, sempre le unità sanitarie locali diventarono produttrici di propri enormi archivi correnti, spesso in modo disordinato, ereditando nello stesso tempo i complessi documentari degli enti aboliti dalla riforma sanitaria, cioè quelli mutualistìci e ospedalieri; pertanto un organismo quanto mai inadeguato sul piano giuridico in pratica assurgeva a gestore principale di tutta la documentazione storica e contemporanea della sanità a livello territoriale.

Tale pesante eredità era pervenuta alle unità sanitarie locali ancora una volta per l'inderminatezza in materia della legge di riforma sanitaria, che all'art. 66 prevedeva il passaggio dei «beni mobili e immobili» degli ospedali ai comuni in cui erano collocati con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, riservando alla competenza delle regioni l'emanazione degli atti normativi necessari «nonché la tutela dei beni culturali eventualmente... connessi» ai citati «beni mobili e immobili».

La norma in questione non menzionava espressamente gli archivi ed in particolare quelli storici, lasciando nel dubbio quale dovesse essere la loro sorte.

In Sardegna la legislazione specifica, pur emanata, come ricordato, in ritardo, non contribuì certo a chiarire la questione: si taceva sugli archivi nella legge regionale del 16 marzo 1981 n. 13, sulla costituzione

[22] A.L. Bonella, *Gli archivi della Unità sanitaria locale, problemi aperti e indicazioni operative* in «Rassegna degli Archivi di Stato», XLVI (1986), 2, pp. 400-411.

dell'unità sanitarie locali e sulla loro organizzazione, e in particolare all'art. 37 («trasferimento di beni ai comuni») altrettanto si faceva negli artt. 43, 44 e 45 (rispettivamente «beni immobili e mobili», «inventari di beni immobili», «inventario di beni mobili») della legge regionale 8 luglio 1981, sulla contabilità e sull'amministrazione delle unità sanitarie locali, benché in questi ultimi articoli si facesse una puntuale elencazione delle varie tipologie di beni immobili e mobili; l'art. 49 («vincolo di destinazione dei beni e loro impieghi») della stessa legge poi, riguardante tra l'altro la «tutela dei beni culturali» connessi ai presidi sanitari, prevedeva che questi venissero traferiti ai comuni, ove erano collocati, previa delibera dell'assemblea generale dell'unità sanitaria locale competente e previa autorizzazione della giunta regionale; le iniziative di tutela si sarebbero dovute assumere quindi «direttamente dal comune interessato con deliberazione del consiglio comunale, previo assenso della unità sanitaria locale e con l'autorizzazione della giunta regionale»: una procedura dunque quanto mai macchinosa e complessa: c'è da chiedersi se mai sia stata effettivamente condotta una qualsiasi azione di tutela, seguendo tale normativa: io ne dubito fortemente.

Fatte queste premesse, non c'è da meravigliarsi se, quando la Soprintendenza richiese nel 1984 all'allora presidente della usl n. 20, che aveva assunto anche le competenze del disciolto ente ospedaliero cagliaritano, di provvedere alla stipula della convenzione di deposito con l'Archivio di Stato, lo stesso presidente, con una nota indirizzata al comune di Cagliari e per conoscenza alla Soprintendenza archivistica, si ritenne non legittimato alla firma del documento di ratifica del deposito, pur non avendo alcuna contrarietà in merito, in quanto, a suo parere, la proprietà degli archivi del cessato ente sarebbe stata di competenza del comune di Cagliari, ai sensi dell'art. 66 della l. 833/78 e dell'art. 37 della l.r. 16 marzo 1981 n.13, già citata in precedenza; in ogni caso, il presidente concludeva dichiarando la propria disponibilità a completare il deposito dell'archivio storico dell'ospedale S. Giovanni di Dio, del quale la usl n. 20 si dichiarava «mera consegnataria di fatto», attraverso la redazione di un verbale di consegna, sempreché nulla ostasse da parte del comune di Cagliari.

A questo punto si verificò la prevedibile *impasse*, viste le premesse normative prima richiamate: il comune di Cagliari non si curò mai di rispondere dando il nulla-osta, d'altronde lo stesso archivio storico del

municipio cagliaritano viveva (e vive) un periodo di crisi non essendo stato mai sostituito il suo direttore pensionatosi nel 1976.

Quindi, benché il complesso archivistico ospedaliero fosse al sicuro, la pratica rimase sospesa, con comprensibile insoddisfazione dell'istituto archivistico statale.

Successivamente l'impegno della Soprintendenza, a livello cittadino, fu rivolto soprattutto alla risoluzione di gravi problemi (incertezza nell'uso del registro di protocollo, mancanza di titolari, assenza di massimari di scarto, reperimento di locali adeguati) concernenti gli archivi correnti delle due unità sanitarie locali, la 20 e la 21, in cui era diviso il territorio cagliaritano; tale lavoro[23] ebbe però un riflesso non indifferente anche a livello degli archivi storici: infatti nell'archivio dell'ospedale S. Michele, il più grande e il più moderno nosocomio dell'isola, furono reperiti centoventuno registri provenienti dal disciolto ente «Ospedali riuniti», per lo più del S. Giovanni di Dio e persino del S. Antonio: ancora si ignora in base a quale logica vi siano pervenuti.

In generale si stabilì un clima di collaborazione, di stima e di fiducia verso i funzionari della Soprintendenza: grazie a questa nuova situazione sollevai di nuovo la questione del deposito dell'archivio storico dell'ospedale presso l'Archivio di Stato di Cagliari: previo un colloquio chiarificatore con il nuovo presidente della usl n. 20, confortato nel proprio intendimento da autorevoli opinioni espresse in dottrina[24], con il consenso e l'appoggio del direttore dell'Archivio di Stato, in una nota indirizzata al presidente già citato, espressi l'avviso, che, al contrario di quanto sostenuto nel 1983 dall'allora responsabile dello stesso organismo, in assenza di uno specifico o esplicito richiamo agli archivi nella normativa statale e regionale sanitaria, andasse applicato l'art. 32 del d.p.r. 30 settembre 1963 n. 1409, che, com'è noto, prevede che «nel caso di estinzione di enti pubblici i rispettivi archivi sono versati nei competenti Archivi di Stato, a meno che non se ne renda necessario il trasferimento in tutto o in parte ad altri enti pubblici».

Pertanto, atteso che nell'occasione si era provveduto al trasferimento all'Archivio di Stato del materiale più antico e verosimilmente non più

[23] Sono state impegnate in tale attività la dott.ssa A. Castellino e la dott.ssa A.P. Loi.

[24] Cfr. P. Carucci, *Gli archivi ospedalieri...* cit. pp. 129-130; A.L. Bonella, *Gli archivi delle Unità sanitarie locali...* cit. p. 410 (in questo saggio la questione è affrontata in termini più problematici, rispetto a quello della Carucci).

occorrente per il servizio, concludevo ritenendo di dover considerare tale trasferimento come versamento ai sensi dell'articolo in precedenza citato e chiedendo nel contempo al presidente dell'usl n. 20 di dar atto della consegna con la redazione di un apposito verbale; tale tesi fu accolta e la questione venne quindi finalmente definita. Questo fatto permise anche il successivo versamento dei centoventuno registri conservati presso l'ospedale S. Michele e di un ulteriore piccolo nucleo di documenti, reperito questa volta al S. Giovanni di Dio.

L'archivio dell'ospedale S. Antonio di Oristano fu oggetto delle attenzioni da parte della Soprintendenza quasi contemporaneamente a quello di Cagliari, cioe all'inizio degli ottanta: dopo un accurato censimento[25], fu seguita la stessa linea di farlo depositare presso l'Archivio di Stato di Oristano e il tentativo si impantanò come a Cagliari a seguito dell'entrata in vigore anche nell'isola della riforma sanitaria con la differenza fondamentale che, avendo avviato più tardi la pratica, non si riuscì neppure a trasferirlo di fatto.

L'archivio pertanto rimase nei locali del nuovo ospedale S. Martino, sorto poco distante dal vecchio convento omonimo: esso era di modeste dimensioni, costituito da trentotto registri, diciassette cartelle e diversi atti sciolti, tra cui duecentoquarantaquattro atti notarili a partire del XVI secolo, tutti documenti riguardanti soprattutto l'amministrazione e i beni dell'ente.

Purtroppo bisogna appunto scrivere che era costituito, in quanto durante una recente ispezione si è constatata purtroppo la sparizione di diversi registri, tra cui quello, più antico, seicentesco, cartelle e documenti singoli, che ne hanno quasi dimezzato la già scarsa consistenza, tanto che si è reso indispensabile, su forte sollecitazione della Soprintendenza, la denuncia del fatto alle competenti autorità giudiziarie, che hanno svolto indagini, con la collaborazione dei nostri funzionari, purtroppo finora senza risultati.

Nel corso delle ricerche del materiale scomparso è stata reperita ulteriore documentazione, sia pure in misura assai ridotta, rispetto a quella censita.

---

[25] Fu censito dalle stesse funzionarie citate alla nota 17.

In ogni caso questa triste dispersione, che si sospetta dolosa, è una penosa conferma dei pericoli che avrebbe corso anche l'archivio dell'ospedale di Cagliari se fosse rimasto presso i locali del vecchio nosocomio.

Di conseguenza è stato disposto il versamento della residua parte dei documenti ospedalieri oristanesi presso il locale Archivio di Stato ai sensi dell'art. 32 del d.p.r. 1409/63, cosa che è avvenuta recentemente.

Del tutto diversa la situazione dell'archivio sanitario del Ss. Annunziata di Sassari: una ispezione eseguita tre anni fa presso i presidi ospedalieri di questa città, il vecchio e il moderno ospedale, sorto di recente in periferia, hanno, per fortuna, delineato una situazione, che, se non è ottimale, è tuttavia discreta.

Decisamente buone sono infatti le condizioni degli ambienti dove è conservata la parte più antica di tale complesso documentario sanitario: essa, infatti, grazie all'interessamento del responsabile della biblioteca centrale dell'azienda unità sanitaria locale n. 1, è stata raccolta e conservata in armadi metallici, chiusi a chiave, della medesima biblioteca, collocata nel nuovo nosocomio.

Dal censimento della stessa[26], essa risulta formata da circa quattrocentotrenta pezzi, tra cui settantuno registri a partire dal 1528, centosessantotto fascicoli dal 1598 e numerose carte sciolte, per lo più atti notarili sempre dal secolo XVI, concernenti soprattutto le rendite e l'amministrazione dell'ospedale; particolarmente preziosi gli unici due registri rimasti dell'ospedale dei lebbrosi, di cui uno è il più antico dell'archivio, i quali rappresentano l'unica testimonianza diretta, in tutta l'isola, almeno a quanto mi consta, sulle cure prestate a questi infelici e sulle loro condizioni di vita.

Peggiore invece è la situazione della parte dell'archivio conservato presso i locali del vecchio ospedale costruito nella metà del secolo scorso: infatti la stanza destinata allo scopo presenta tracce di umidità e inoltre la scaffalatura è insufficiente tanto che il materiale è ammucchiato sul pavimento: in questo modo sono conservati almeno cinquecentocinquantasette pezzi censiti[27] più un numero imprecisabile di altre cartelle, data la situazione sopra descritta.

---

[26] Il censimento è stato effettuato dalla dott.ssa C. Campanella e dalla dott.ssa M.R. Lai.

[27] L'operazione è stata condotta dalle stesse funzionarie di cui alla nota precedente.

La documentazione riguarda soprattutto anche in questo caso l'amministrazione dell'ospedale ma non mancano (almeno cinquanta pezzi, a partire dal 1754) fonti dirette sull'attività sanitaria vera e propria.

Il responsabile della biblioteca ha assicurato che verranno reperiti al più presto gli scaffali mancanti e che in generale verrà migliorata la situazione di conservazione del materiale. Gli stessi dirigenti della azienda sanitaria turritana, grazie ad un progetto di restauro elaborato da un funzionario della Soprintendenza archivistica[28], hanno interessato i competenti organi dell'Assessorato regionale alla pubblica istruzione e ai beni culturali per provvedere appunto al restauro di alcuni pezzi della parte più antica dell'archivio storico.

Vi è dunque un atteggiamento di fattivo interesse verso il complesso documentario sassarese da parte dei suoi attuali detentori: pertanto la soluzione da adottare in questa occasione va valutata sulla base dell'evoluzione positiva o meno della situazione, considerata anche la mutata natura giuridica dell'azienda unità sanitaria locale, che, ai sensi di legge (vedasi il decreto legislativo 7 dicembre 1993 n.517), è «dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, contabile, gestionale e tecnica».

Avviandomi alla conclusione, non posso non rimarcare i danni e gli intralci che la scarsa o nessuna attenzione dedicata dalla normativa sanitaria, nazionale e regionale, agli archivi ospedalieri, ha provocato alla conservazione di questa preziosa fonte storica.

E questa considerazione aumenta l'inquietudine per la sorte in generale degli archivi non statali: infatti ci troviamo alla vigilia di profondi cambiamenti istituzionali e c'è da temere che trasferimenti di competenze poco chiari nella formulazione o inopportuni creino ulteriori ostacoli agli interventi a favore di questo settore degli archivi, immenso per quantità e già attualmente il più esposto ai rischi di dispersione per le insufficienze dell'attuale normativa, quali l'assenza di fatto di sanzioni fra i soggetti pubblici inadempienti e nello stesso tempo l'impossibilità per lo Stato di erogare contributi a favore di chi al contrario effettivamente vuole migliorare la propria situazione.

[28] Il progetto è stato elaborato dalla dott.ssa G. Usai.

RAFFAELLA SALVEMINI

La Casa santa dell'Annunziata di Aversa: appunti sull'assistenza e sulla gestione economica di un ospedale di ancien régime

Introduzione

La reale Casa santa dell'Annunziata nacque ad Aversa, un centro del napoletano, crocevia importante, sin dai primi secoli dell'età moderna, nella produzione agricola e nei traffici commerciali di Terra di Lavoro[1]. Coeva della omonima e più famosa opera pia napoletana la Casa santa dell'Annunziata di Aversa si affermò, sin dal '400, come struttura polifunzionale[2] impegnata nell'assistenza agli esposti, nella cura degli infermi, dei soldati e dei poveri, nella distribuzione di pane, di elemosine, di maritaggi, di opere di carità e di pratiche religiose.

Abbreviazioni: ASN = Archivio di Stato di Napoli; BCA = Biblioteca Comunale di Aversa; ASCAA = Archivio Santa Casa Annunziata Aversa.

[1] Alla fine del '700 Giustiniani tracciava un profilo di Aversa che era in netto contrasto con l'opinione del suo contemporaneo, l'economista Galanti che aveva reputato la città di poco "considerevole" (G.M. GALANTI, *La descrizione geografica e politica delle Sicilie*, a cura di D. DEMARCO e F. ASSANTE, (rist. anast., 1764) Napoli 1960, vol. II, p. 75). Giustiniani mette l'accento sulla generosità della terra aversana (L. GIUSTINIANI, *Dizionario geografico-ragionato del Regno di Napoli*, Napoli 1797, tomo II, pag. 87-88). Sulle origini e sulla storia di Aversa esiste una ricca letteratura. Tra i più antichi vedi F. FABOZZI, *Istoria della fondazione della città di Aversa*, Napoli 1770; F. SALZANO, *Memorie storiche della città di Aversa e delle distrutte antiche città di Cuma*, Napoli 1829; G. PARENTE, *Origini e vicende ecclesiastiche della città di Aversa*, Napoli, Cardamone, 1857 (rist. anast., Aversa, Macchione, 1986); F. DI MAURO, *Cenni cronistorici della città di Aversa*, Napoli 1887; R. VITALE, *Notizie storiche di Aversa e diocesi*, Aversa 1936; A. GALLO, *Aversa Normanna*, Napoli 1938; R. VITALE, *L'antica città di Aversa: le mura, le porte, i borghi, i castelli*, Aversa 1943.

[2] Cfr. A. SCILACCI, *Il ruolo dell'ospedale nel contesto sociale e urbano: la Francia tra XVII-XIX secolo*, a cura di E. SORI, *Città e controllo sociale in Italia tra XVII e XIX secolo*, Milano 1982, pp. 413-433.

La Casa si affermò anche come operatore economico-finanziario[3]. Questa tendenza appare chiaramente dalla documentazione contabile, dove risulta il rapporto inversamente proporzionale tra l'aumento delle spese per la gestione e l'amministrazione della Casa da un lato, e quelle per la carità e il soccorso dei bisognosi, ammalati e poveri dall'altro.

Va detto che quanto accadde alla Casa santa dell'Annunziata rappresenta la conferma di una tendenza già rilevata per molte delle istituzioni ospedaliere di *ancien régime*, istituzioni che ancora nell'800 post-unitario continuarono ad operare più come «aziende della salute», concentrate sulla redditizia amministrazione del patrimonio ed espressione del potere di oligarchie locali, che non *machines à guérir*[4].

L'intervento sulla Casa santa d'Aversa è parte di un lungo e difficile viaggio nel sistema d'assistenza del Mezzogiorno nei secoli XVI-XVIII, sistema chiamato a sostenere sul piano politico, sociale ed economico il processo di costruzione dello Stato moderno[5] ma anche a realizzare un modello di intervento in qualche modo alternativo rispetto a quello diffusosi altrove.

Con l'ausilio della documentazione dell'Annunziata di Aversa, di recente ritrovata e conservata presso la biblioteca comunale della cittadina, unitamente ai rapporti relativi alla revisione della gestione del 1738, rinvenuti nell'Archivio di Stato di Napoli, sono state tracciate le linee principali dello sviluppo di questa opera pia fino alla metà del

---

[3] Sul ruolo degli ospedali in età moderna e contemporanea cfr. a cura di L. GRANSHAW e R. PORTER, *The hospital in history*, Londra 1989. Per una bibliografia sul tema dell'assistenza in età moderna cfr. a cura di G. POLITI, M. ROSA, F. DELLA PERUTA, *Timore e carità. I poveri nell'Italia Moderna*, Cremona 1982, dove segnaliamo per Napoli i due contributi di G. Muto e di A. Musi. In particolare sugli ospedali napoletani in età moderna vedi i lavori di G. BOCCADAMO, *L'antico ospedale napoletano di San Nicola a Molo*, in «Campania Sacra», 19/2, 1988, pp. 311-340; M.T. URSO, *Un ospedale napoletano in età moderna: la SS.ma Trinità dei Pellegrini e Convalescenti*; a cura di C. RUSSO, *Chiesa, Assistenza e Società nel Mezzogiorno Moderno*, Lecce 1994, pp. 473-512; R. SALVEMINI, *La asistencia en la ciudad de Nàpoles en los ss. XVI-XVII*, a cura di L.A. RIBOT e L. DE ROSA, *Ciudad y Mundo urbano en la Epoca Moderna*, Madrid 1997, pp. 271-299. Sull'assistenza in generale e sui matti ad Aversa vedi V.D. CATAPANO, *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, Napoli 1986; ID., *Medicina a Napoli nella prima metà dell'ottocento*, Napoli 1990; ID., *Matti agli «Incurabili» di Napoli*, Napoli 1995.

[4] P. FRASCANI, *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Torino 1984, pp. 300-301.

[5] L'assenza di studi sulla storia della sanità e della medicina nel mezzogiorno è stata evidenziata da Musi. Per ulteriori dettagli confronta A. MUSI, *Medici e istituzioni a Napoli nell'età moderna*; a cura di P. FRASCANI, *Sanità e società*, Udine, vol. V, pp. 19-20.

XVIII secolo. Tralasciando di analizzare le cause strutturali del peso e del significato del pauperismo, analisi questa che richiederebbe una trattazione a parte, nello studio sulla Casa santa aversana oltre ad alcune precisazioni sull'offerta di servizi è stato meglio precisato sia il sistema di potere sia gli interessi economici e finanziari[6], sviluppatisi nei secoli XVII e XVIII.

2. *Le origini della Casa santa di Aversa. Privilegi reali e bolle papali*

Sebbene sulla data di nascita non ci siano notizie certe, il ritrovamento dell'atto di fondazione dell'Annunziata di Sulmona, relativo al 1320, testimonierebbe che la chiesa di Aversa fu contemporanea di quella di Napoli e di Sulmona[7].

Secondo le notizie riportate dalla platea la costruzione della chiesa precedette quella dell'ospedale. Al pontificato di Urbano VI, papa nel 1378, va attribuita la prima bolla di indulgenze a favore dell'ospedale.

Una data importante nella formazione del patrimonio della Casa santa è senza dubbio il 1423. In quell'anno su iniziativa di Giovanna II, fu assegnata all'Annunziata la chiesa e l'ospedale maschile di S. Eligio, di regio patronato, con le sue terre, i casali, gli arbusti, le case, i portici e i mulini, le questue, le elemosine, i suffragi, le giurisdizioni, i benefici, le entrate e le sovvenzioni di qualsiasi natura, il tutto franco da ogni peso e servitù sia reale sia personale[8].

Alla donazione di Giovanna II ne seguirono altre. Nel corso del '400 si ebbero devoluzioni regie in denaro, indulgenze e franchigie come quella delle sei tomola di sale concessa da Federico I[9]. Talune indul-

[6] L'analisi dei dati estrapolati dalle platee del '700 e dai libri maggiori di introito ed esito relativi alla prima metà del XVII e del XVIII secc. consente di ricostruire le vicende dell'ente. Per il Seicento i volumi sono otto e riguardano il secondo ventennio e precisamente gli anni 1622, 1623, 1624, 1626, 1627; poi si passa al 1632, 1633, 1634, 1651, 1652, concludendo con la peste del 1656. Per il Settecento i volumi rinvenuti sono sette e si riferiscono al primo ventennio ovvero agli anni 1711-1712; 1720-1721-1722-1723-1725-1726.

[7] G. PARENTE, *Origine e vicende ecclesiastiche della città di Aversa...*, cit., vol. II p. 33.

[8] BCA/ASCAA, *Platea* 22, p. 4.

[9] G. PARENTE, *Origine e vicende ecclesiastiche della città di Aversa...*, cit., p. 35. A proposito delle franchigie confronta B. CAPASSO, *Catalogo ragionato dei libri o registri esistenti nella sezione antica o prima serie dell'Archivio Municipale di Napoli*, Napoli 1879, vol. I, p. 112. Tra i privilegi concessi dai sovrani napoletani agli istituti pii e laicali troviamo la consegna *elemosinater* del sale

genze furono concesse da Innocenzo VIII nel 1489 mentre papa Giulio II nel 1539 riconosceva all'ospedale l'esenzione da pagamenti e taluni privilegi nella riscossione di imposte[10].

La Casa, nata come filiazione di una confraternita laicale[11], era governata da un consiglio di governatori, composto da un nobile e due popolari, eletto ogni anno nel corso di una solenne cerimonia[12]. Dalle notizie riportate dalla platea risulta che nel corso del XV secolo l'elezione dei governatori dipese unicamente dell'università di Aversa[13]. A partire dalla seconda metà del XVI furono introdotte nuove regole. Nel 1568 nella platea si legge che l'elezione dei «ss.mi maestri» (governatori) era avvenuta ad opera del «Vicerè per Collaterale», di competenza della città era stata l'elezione del cancelliere e del notaio, mentre ai governatori era toccata l'elezione del «borsiero e dell'erario». Stesso *iter* veniva confermato per il 1572[14].

Il controllo del vicerè sulle nomine indusse i governatori ad opporsi ad ogni intervento dell'ecclesiastico. La convinzione che «la nostra Casa come regia fu stimata sempre luogo laicale» indusse il consiglio dei governatori a utilizzare i privilegi, le esenzioni e soprattutto le regie concessioni per rivendicare non solo il diritto di appartenenza alla categoria dei luoghi pii laicali ma soprattutto il diritto al giuspadronato regio, opponendosi ad ogni intromissione della chiesa locale[15].

---

che corrispondeva a sei tomola l'anno. Vedi sull'argomento V. D'Arienzo, *L'arredamento del sale dei Quattro Fondaci*, Salerno 1996, pp. 184-185.

[10] M. Martullo, *Regesto delle pergamene della SS. Annnunziata*, Napoli 1971, p. 24.

[11] Anche la Casa santa deve la sua nascita ad una confraternita laica. Come risulta dalla platea essa era composta dai "confrati de la Madona" provvisti di indulgenze plenarie e di cartella, attestante il titolo di confratello (BCA/ASCAA, *platea* 22, a. 1471-72). Sull'attività e sul ruolo delle confraternite laicali nel Mezzogiorno cfr. a cura di V. Paglia, *Confraternite e Meridione nell'Età Moderna*, in «Ricerche di Storia Sociale e Religiosa», 37-38, 1990.

[12] Per un confronto sulla composizione del consiglio dei governatori e sulla ripartizione del potere tra nobili e popolari della più nota Casa dell'Annunziata di Napoli vedi F. Imperato, *Discorso intorno all'origine, reggimento e stato della Gran Casa della Ss. Annunziata di Napoli*, Napoli 1629. Su questi temi cfr. V.I. Comparato, *Uffici e società a Napoli (1600-1647). Aspetti dell'ideologia del magistrato in età moderna*, Firenze 1974; A. Musi, *Pauperismo e pensiero giuridico a Napoli nella prima metà del secolo XVII*, in *Timore e carità...*, cit., pp. 259-273.

[13] BCA/ASCAA, *platea* 22, a. 1492-93.

[14] *Ibid.*, a. 1572.

[15] Questa rivendicazione di autonomia rispetto all'ecclesiastico non fu solo una prerogativa dell'Annunziata di Aversa, la ritroviamo difatti nella storia di molti degli ospedali napoletani di *ancien régime*. Numerosi furono i ricorsi contro le visite ed i controlli del clero locale sull'amministrazione economico-finanziaria. Cfr. M. Rosa, *La Chiesa meridionale nell'Età della Controri-*

Tuttavia, nonostante i forti contrasti giurisdizionali sul riconoscimento del giuspadronato, in taluni anni, all'ordinario fu accordato il permesso di visita. Alla prima visita del vescovo Pietro Ursino nel 1597 ne seguirono altre: nel 1607, nel 1611, nel 1615, nel 1629 e quella nel 1698 del cardinale Innico Caracciolo, accolta trionfalmente dai governatori dell'ospedale[16]. Il tema dei controlli fu riproposto nel periodo di Carlo di Borbone quando, alfine di rafforzare il legame tra pubblico e privato, si pensò di ampliare le competenze e le responsabilità del delegato regio, soprattutto in materia di gestione e di amministrazione delle rendite. Ma prima di soffermarci su quest'aspetto vediamo a quali categorie di bisognosi fu diretto l'intervento della Casa santa.

3. *La Casa santa e l'offerta di servizi*

Nel corso dei secoli XV-XVIII la Casa santa di Aversa con il suo ospedale fu chiamata a coprire i bisogni di un'utenza varia e diversificata. Si conferma in tal modo una difficoltà a schematizzare per l'epoca spagnola, ruolo e funzioni assolte dagli ospedali del regno[17], rimandando alla fine del '700, se non agli inizi dell'800, per una più precisa caratterizzazione e diversificazione del sistema di assistenza organizzato da un lato con case di cure dall'altro con ospizi e ricoveri[18].

L'ospedale fu sottoposto nel corso dei secoli XV-XVI a ripetuti in-

forma, in *Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, 1986, p. 296. Interessanti a tal proposito sono i ricorsi fatti dall'Annunziata e riportati in appendice dal D'Addosio. Cfr. G. D'Addosio, *Origine vicende storiche e progressi della Real S. Casa dell'Annunziata di Napoli*, Napoli 1883; per S. Angelo a Nido cfr. *Ragionamento intorno all'esenzione pretesa per la Chiesa e lo Spedale di S. Angelo a Nido, 15 aprile 1745*, s.n.t. Sul diritto delle confraternite di opporsi alla visita vedi inoltre M. Mombelli Castracane, *Ricerche sulla natura giuridica delle confraternite nell'età della Controriforma*, in «Rivista di storia del diritto italiano», LV, 1982; M.R. Valenzise, *Il problema della confraternita nella giurisprudenza napoletana*, in «Ricerche di storia sociale e religiosa», 35 pp. 141-156.

[16] G. Parente, *Origini e vicende ecclesiastiche della città di Aversa...*, cit., vol. II, p. 41.

[17] In realtà dallo studio dei documenti d'archivio di alcuni degli ospedali napoletani questa tendenza è in parte confutata. Infatti per gli ospedali di S. Giacomo, degli Incurabili e dei Pellegrini era ben delineata per i primi la funzione di casa di cura per i soldati ed ammalati cronici, e per l'ultimo quella di ricovero per sacerdoti e pellegrini. Cfr. R. Salvemini, *Il consumo alimentare negli ospedali napoletani: aspetti e problemi di un approccio economico (secc. XVI-XVIII)*, in *Alimentazione e nutrizione. Secc. XIII-XVIII*, Firenze 1997, pp. 852-866.

[18] A. Musi, *Medici e istituzioni a Napoli nell'età moderna...*, cit., p. 48.

terventi di ristrutturazione. Questi continui rifacimenti cui fu sottoposta la Casa, oltre che in sintonia con quelle modifiche strutturali che interessarono nel resto della penisola istituzioni analoghe[19], sono senza dubbio l'espressione di un accresciuto bisogno di assistenza.

La prima notizia sul numero dei ricoverati risale al 1492 quando la platea nel rilevare le spese fatte nei due ospedali, uno per gli uomini e l'altro per le donne, accenna a otto materassi e nove «coltre»[20]. A distanza di quasi un secolo nel 1570 si registra un netto aumento della disponibilità di letti[21]. Presso l'ospedale degli uomini, infatti, i letti erano diventati trenta, oltre a ventotto «scuffie per gli ammalati trentaquattro camise ed altre robbe»; presso l'ospedale delle donne i letti erano invece cinque[22]. Questo stesso numero si conferma per il 1572-73; nel 1589-90 i materassi erano diventati quaranta e i sacconi cinquanta. Ma è nell'anno del giubileo, vale a dire nel 1600, che l'offerta di servizi, in particolare per i pellegrini, fa registrare una vera e propria impennata[23]. In riferimento a queste informazioni va fatta una precisazione: per l'età moderna non è possibile alcuna equivalenza tra il numero dei letti o dei materassi o ancora delle coperte e il numero degli ammalati. Piuttosto frequente era difatti l'assembramento in un solo letto di più ammalati, con le ovvie conseguenze sulla diffusione delle malattie.

Le trasformazioni non interessarono solo i posti letto. Nel corso del XVI e del XVII secolo anche l'organico dell'ospedale fu profondamente rivisto. Premesso che siamo lontani dall'articolata struttura predisposta da taluni nosocomi napoletani, anche l'amministrazione della Casa si andò gradatamente perfezionando. Organizzata inizialmente secondo i principi di una comunità laica, senza una distinzione assai netta di ruoli

[19] Vedi sul tema dei lavori A. Scotti, *Malati e strutture ospedaliere*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, cit., p. 242.

[20] BCA/ASCAA, *Platea 22*, a. 1492.

[21] Come per molti degli ospedali napoletani sono scarse le notizie sul numero degli infermi. Purtroppo la distruzione degli archivi di tali enti impedisce la rilevazione di dati quantitativi sul numero dei ricoverati. L'unica fonte disponibile per il '500 è il Faraglia che riporta alcuni dati sui ricoverati relativamente agli anni 1591, 1593, 1595. Cfr. N.F. Faraglia, *Il censimento della popolazione di Napoli fatto negli anni 1591, 1593, 1595*, in «Archivio Storico per le Province Napoletane», XXII, 1897, pp. 262-65, 270-271, 273-278, 309.

[22] BCA/ASCAA, *Platea 22*, a. 1572-73.

[23] *Ibid.*, a. 1599-1600.

e funzioni tra confratelli e impiegati[24], la Casa santa contava nel 1439 su un solo medico, di venticinque anni, e un «ospedaliero»[25]. Nel 1626 i medici erano un chirurgo, con una provvisione di trenta ducati l'anno, e un dottore, con una provvisione di quaranta ducati l'anno, addetto quest'ultimo alla cura sia degli infermi sia delle figliole del conservatorio. Nello stesso periodo addetti agli infermi c'erano un infermiere, due servi e un barbiere responsabile della tosatura dei fanciulli e della cura della tigna delle fanciulle[26].

Un secolo più tardi, e precisamente nel periodo 1711-1725, si registrano talune variazioni non solo nel numero, ma anche nella «specializzazione» degli addetti agli ammalati. Nel personale dell'ospedale oltre allo speziale di medicina e al «sagnatore» o «barbiere», c'erano un «conciaossa», un chirurgo, un medico con l'impegno di visitare tutti gli infermi della città, un fisico per l'ospedale e un fisico per il conservatorio[27].

Per i medicamenti la Casa, a partire dal 1535, con la creazione di una spezieria, ebbe modo di provvedere direttamente alla preparazione delle sostanze per la Casa e per l'esterno[28].

Al sostegno, più che alla cura, di *pauperes et infirmi* provvedevano un folto numero di religiosi. Lo sventurato era affidato al cappellano coadiuvato da alcuni sacerdoti. Nel corso del '500 la Casa santa influenzata dalle idee controriformiste modificò il numero dei sacerdoti, allineandosi con una tendenza che vedeva la scienza medica ma anche le regole statutarie dei vari enti fortemente ancorate alla fede[29].

I documenti tacciono sullo stato di salute dei ricoverati. Per altro non bisogna dimenticare che nei secoli XVIII-XIX molto vago era il concetto di malattia, così come quello di cura e di guarigione. Gli ospedali

[24] Si trattava di un'organizzazione molto semplice come quella di tutti gli *hospitali* medievali della nostra penisola. Vedi su questo tema G. ALBINI, *Città e ospedali nella Lombardia medievale*, Bologna 1992.

[25] BCA/ASCAA, *Platea* 22, a. 1439.

[26] *Ibid.*, a. 1626.

[27] BCA/ASCAA, *Libro maggiore di introito ed esito*, a. 1725-26, pp. 302-320.

[28] In generale sulle spezierie vedi P. MELELLA, *La spezieria dell'Arcispedale di S. Spirito in Sassia di Roma nei secoli XVI e XVII*, in «Gli archivi per la storia della scienza e della tecnica», Roma 1995, II vol. pp. 1122-1139. Sulle spezie che venivano preparate presso la Casa santa di Aversa vedi BCA/ASCAA *Libro maggiore di introito ed esito*, a. 1626 p. 235.

[29] Cfr. G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari 1994, pp. 95-97.

dell'epoca operavano all'insegna della polisemia del nesso malato-indigente. Non è un caso che la malattia più frequente fosse l'inedia, che mieteva vittime sia fuori sia dentro l'ospedale. Alla fame e alle cattive condizioni igieniche gli storici hanno dato la responsabilità dell'elevato tasso di mortalità registrato nei nosocomi dell'epoca[30]. A nulla valse l'impegno, più formale che concreto, degli amministratori degli ospedali per una migliore distribuzione di pane e vino[31]. Le cronache dei contemporanei forniscono difatti il quadro di ospedali la cui realtà era simile a quella di veri e propri gironi danteschi.

La situazione era più grave in quegli ospedali «specializzati» nella cura delle malattie contagiose rispetto invece a quelli per soli «febbricitanti». L'Annunziata di Aversa come quella di Napoli rientrava in quest'ultima categoria. Si spiega così l'allarme lanciato, alla fine del '400, dal corpo medico dell'Annunziata[32] per la diffusione del morbo gallico. La diffusione di questa malattia, diventata un vero e proprio flagello per la popolazione di tutta l'Europa, era probabilmente legata alla peculiarità dell'utenza composta da numerosi soldati[33]. L'ospedale non sembra atrezzato, né allora né in seguito, per far fronte a questo tipo di malattia, o ad altra di tipo contagioso: non c'è notizia dell'acqua di legno o di altro medicamento che invece venivano distribuiti alla fine del '500 ai soldati ricoverati negli ospedali napoletani degli Incurabili e di S. Giacomo[34] o altrove[35]. Neppure risulta per questi anni alcun trasferimento di malati in altre strutture. Di contro notizie certe di trasferimento risalgono al XVIII secolo, quando a un calesse fu affidato un servizio regolare di trasporto degli ammalati nella capitale[36].

Come si è detto per il sostegno di poveri ed ammalati l'Annunziata disponeva, oltre che dei medici impegnati nel servizio di assistenza al-

---

[30] Cfr. R. Salvemini, *Il consumo alimentare negli ospedali napoletani: aspetti...*, cit., p. 866.

[31] *Ibidem*.

[32] BCA/ASCAA, *Platea 22*, a. 1480-1481.

[33] Alla presenza dei soldati all'Annunziata si deve l'etichetta di ospedale per le truppe spagnole, attribuitale al tempo di Carlo di Borbone. *Ibid.*, a. 1737.

[34] Cfr. R. Salvemini, *La asistencia en la ciudad de Nàpoles...*, cit., pp. 296-297.

[35] Cfr. A. Cavaterra, *L'ospedalità a Roma nell'età moderna: il caso del San Giacomo (1585-1605)*, «Sanità, Scienza e Storia», 2, 1986.

[36] A tal proposito il libro maggiore riporta una spesa per l'appalto di un calesse a Giovanni Caserta: ducati 4,40 per undici affitti di calesse; ducati 14,80 per trentasette affitti. BCA/ASCAA, *Libro maggiore di introito ed esito*, a. 1724-25, p. 220.

l'interno anche di medici responsabili dell'assistenza a domicilio. La questione dell'assistenza agli indigenti e ai cosiddetti «poveri vergognosi»[37] della città non ospedalizzati era stata affrontata da tutte le città di *ancien régime*. L'assistenza a domicilio era uno degli obiettivi perseguiti da confraternite, monti, ospedali ed altre associazioni. Così ad esempio la Casa santa dell'Annunziata di Napoli aveva delegato un «Elemosiniero» a recarsi a casa dei bisognosi per offrire loro un contributo in cibo e denaro[38]. Anche l'Annunziata di Aversa impegnata verso i poveri con indumenti, pane ed un elemosina[39], predispose un servizio per l'assistenza a domicilio dei poveri vergognosi. Il servizio, nato grazie ad un legato, prevedeva per il dottore che «serve in medicare li infermi poveri della città e borghi» trentadue ducati l'anno[40].

Tra gli impegni assolti della Casa santa dell'Annunziata di Aversa, come per l'omonima e più famosa istituzione napoletana, c'era poi quello relativo alla tutela degli esposti sia durante la fase dell'allattamento che dopo «il latte»[41].

I dati riportati nei libri maggiori di introito ed esito forniscono alcune informazioni sulle balie e sulle generalità del bambino. Relativamente a questi ultimi sono indicati il nome, il sesso, l'età, le condizioni di salute e le modalità dell'abbandono. Per la nutrice sono invece precisati il nome, il tempo dell'affidamento, il salario corrisposto, ed in alcuni casi

---

[37] Sui poveri vergognosi esiste una ricca letteratura. Per Napoli vedi P. Tacchi Venturi, *Storia della Compagnia di Gesù in Italia*, Roma 1930; S. Musella, *Il Pio Monte della Misericordia e l'assistenza ai "poveri vergognosi"*, (1665-1724) a cura di G. Galasso e C. Russo, *Per la storia sociale e religiosa del Mezzogiorno d'Italia*, vol. II, Napoli 1982, pp. 291-347; M.G. Rienzo, *Nobili e attività caritativa a Napoli nell'età moderna. L'esempio dell'Oratorio del SS. Crocifisso dei cavalieri in S. Paolo maggiore*, *Ibid.*, pp. 251-289; G. Sodano, *Forme e strategia della nobiltà napoletana nell'età moderna: l'attività del Pio Monte delle sette opere di misericordia*, in Chiesa, Assistenza e Società nel Mezzogiorno moderno..., cit., pp. 373-472.

[38] Sull'assistenza prestata dall'Annunziata ai poveri vergognosi vedi N. Malnepote, *Le lodi e commendationi delle meravigliose opere pie, che fa il Sacro Hospitale et Casa Santa dell'Annunziata di Napoli*, Napoli 1588.

[39] Sulle elemosine si legge nella platea: "Quanto si esigeva con le cassette veniva distribuito di sabato ai poveri. Nella chiesa vi erano cassette cippi e bacili". BCA/ASCAA *Platea 22*, a. 1638-39.

[40] BCA/ASCAA, *Platea 22*, a. 1567.

[41] Per un quadro più generale sul tema degli esposti vedi *Enfance abandonée et société en Europe. XIX-XX siècle*, "Collection de l'Ecole Francaise de Rome" 140, Roma 1991; J. Boswell, *L'abbandono dei bambini in Europa occidentale*, Milano 1991. Relativamente alle varie realtà regionali vedi V. Hunecke, *I trovatelli di Milano*, Bologna 1989; a cura di G. da Molin, *Trovatelli e balie in Italia, secc. XVI-XIX*, Bari 1994.

anche la zona di provenienza della balia stessa. Il numero delle donne impiegato in questo settore conferma anche per Aversa l'importanza che aveva assunto il baliatico, almeno fino alla peste del 1656, nel mondo del lavoro femminile[42]. Questa tendenza sembrava peraltro non risentire dell'esiguità del salario che nella prima metà del '600 andava dai due agli otto carlini integrato, in alcuni casi, da quantità di grano. Una spiegazione va ricercata nel fatto che il problema della retribuzione e dello sfruttamento assumeva per le donne dell'Annunziata come per ogni altra impegnata in questo tipo di occupazione un'importanza relativa. Per l'età moderna si ragionava non già in termini di reddito individuale ma di economia familiare[43]. Il salario della balia assumeva pertanto un'importanza se inserito in un contesto più ampio dove ciascun membro della famiglia, compresi i figli minori, faceva parte del circuito produttivo[44].

I dati sul numero delle balie che prestavano servizio presso l'Annunziata di Aversa dal 1602 fino alla peste del 1656 mostrano una media annuale di circa 60 balie[45]. In seguito al verificarsi della grave epidemia si registrò un'inversione di tendenza con una forte riduzione del numero delle balie e degli esposti.

Sulla vita di questi sventurati, fuori e dentro la Casa santa, esistono poche informazioni. Alcune sono riportate nella platea, altre nei libri maggiori, altre ancora in relazioni e rapporti come quello del 1738 presentato alla Camera di S. Chiara dal delegato regio della Casa dove si ribadì di non abbandonare quegli esposti, in particolare i ragazzi, che compiuti i setti anni non avevano più alcun diritto di ricevere gli alimenti dalla Casa[46]. L'idea era quella di «licenziare gli esposti almeno con un abito e di affidarli ad un artigiano di Aversa o di Napoli». Il delegato non parla della possibilità offerta ai ragazzi, di entrare come

---

[42] Sul baliatico vedi per l'Annunziata di Napoli C. D'Ario, *Gli esposti a Napoli nel XVIII secolo*, in Chiesa, Assistenza e Società nel Mezzogiorno moderno..., cit., pp. 515-567.

[43] J.S. Woolf, *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna*, Roma-Bari 1988, p. 15.

[44] Sui temi della occupazione e della disoccupazione vedi M.S. Mazzi, *Ai margini del lavoro: i mestieri per "campare la vita"*, in Studi Storici, 27 (1986), pp. 359-369.

[45] In generale sulla peste vedi S. De Renzi, *La peste di Napoli del 1656*, Napoli 1867 (rist. anast., Napoli, Celi, 1968); per Aversa vedi R. Vitale, *La peste del 1656 ed un voto della città di Aversa alla Vergine Immacolata*, Napoli 1939; L. Santagata, *Storia di Aversa*, Aversa 1991, vol. I, p. 551.

[46] ASN/*Tribunale di Santa Chiara, Bozze di consulte*, vol. 23 inc. 37.

diaconi nel seminario controllato dalla Casa. A questa soluzione, che prevedeva peraltro anche la corresponsione di un salario[47], accenna la platea senza però indicare in alcun modo i criteri di accesso e di selezione.

Il delegato non ebbe ad esprimersi sulla sorte, non per questo migliore, delle fanciulle. Per loro, dotate «solo di un panello bruno» e in alcuni casi «di mezza carafa di vino»[48], era previsto l'ingresso in conservatorio (*claustro*) alle dipendenze delle suore e delle oblate[49].

Sulle condizioni di vita all'interno del conservatorio le informazioni rinvenute attestano abusi e violenze sia fisiche sia morali: ad esempio all'Annunziata di Aversa, come all'Annunziata di Napoli, gli esposti dati alle balie e presenti nel conservatorio portavano «zicchi o merchi»[50]. Frequenti erano anche gli abusi sulle esposte che andavano a servizio. Scattava in questo caso la protezione dell'Annunziata che, attraverso proprio avvocati, era interessata al risarcimento del danno subito dalla fanciulla. Inutile chiedersi se l'istituzione desse più importanza a quanto accaduto alla fanciulla o al tornaconto economico che da tale violenza derivava alla Casa stessa[51].

Gli abusi, le violenze e le discriminazioni, soprattutto sul vitto, riguardarono solo le esposte e le «figlie della Casa». Diverso fu invece il trattamento riservato a quelle ragazze che, pur non essendo delle esposte, furono ammesse in conservatorio. Tale apertura verso l'esterno si ebbe a partire dal 1587 quando, previa autorizzazione del vicerè e del consiglio Collaterale, fu permesso l'ingresso anche a «figlie non della casa» con una dote che inizialmente ammontava a centocinquanta ducati[52]. Il consolidarsi di questa pratica, insieme a quella di costruire e affittare protempore le stanza all'interno del conservatorio, ebbe effetti

[47] BCA/ASCAA, *platea 22*, a. 1480-81.

[48] *Ibid.*, a. 1707-8.

[49] Questo delle oblate fu un problema che colpì tutti i conservatori napoletani. Accolto inizialmente con entusiasmo fu con il tempo condannato. Vedi sul tema G. D'Addosio, *Origine vicende storiche e progressi della Real S. Casa dell'Annunziata di Napoli...*, cit., p. 213.

[50] BCA/ASCAA, *Platea 22*, a. 1627-28; *Ibid.*, a. 1637-38.

[51] Circa l'atto di violenza si legge nella platea: "Un esposita da servizi di don Giulio Cesare Coppola per li maltrattamenti tornò deflorata. L'anno successivo la Casa santa si accordò per la causa della giovane deflorata per centoventi ducati che i figli del Coppola, l'autore dello stupro, si impegnarono a pagare". *Ibid.*, a. 1622.

[52] *Ibid.*, 22 a. 1587.

positivi sulle finanze dell'Annunziata. Il numero delle fanciulle dotate, presenti nel conservatorio, aumentò tanto che nel 1738 il delegato pensò di regolamentarne l'accesso, fissando per le cittadine una dote di duecento ducati, per le «forestiere» una dote di trecento o quattrocento ducati, secondo le loro condizioni. Per le modalità di pagamento l'idea era quella di un versamento non in contanti ma tramite fede di credito, così come per l'impiego si pensava unicamente all'investimento in compre d'annue entrate[53].

4. *La Casa santa e la gestione finanziaria*

Le doti diventarono nel corso del '700 una voce d'entrata importante nel bilancio di questa «azienda della salute» impegnata sempre più nella produzione di beni e nella gestione del patrimonio e della rendita anziché in attività filantropiche. Questo dato appare chiaramente dall'esame dei conti riportati in quei libri maggiori di introito ed esito della prima metà del '600 e del '700. Purtroppo la distruzione di buona parte di questa documentazione contabile non permette un'analisi in senso diacronico della gestione. Tuttavia i vari conti di reddito e soprattutto alcuni bilanci analitici compilati per il periodo 1711-1725 consentono di individuare gli aspetti economici e finanziari più rilevanti nella vita della Casa santa[54]. Dall'esame delle voci dell'esito, riportate nei conti relativi alla prima metà del '700, risulta che molto elevate erano in primo luogo le spese per il personale. Prendendo in esame il bilancio del giugno 1711-maggio 1712 risulta che la spesa per il personale, composto preva-

[53] ASN/*Camera di Santa Chiara, bozze di consulta* vol. 23, inc. 37.

[54] Alcuni esempi di esito e di introito della Casa santa dell'Annunziata di Aversa secc. XVII-XVIII

a.	Esito	Introito
1603-04	9.751,31	9.742,14
1622-23	9.742,40	9.730,94
1711-12	7.209,90	15.531,84
1714-15	16.763,15	18.904,36
1721-22	17.636,33	17.962,53
1722-23	14.378,68	14.896,35
1725-26	12.617,35	12.685,62

Fonte: BCA/ASCAA, Platea 22 per l'anno 1603-04; libri maggiori per a. 1622-23; 1711-12; 1714-15; 1721-22; 1722-23; 1725-26.

lentemente da religiosi, incideva sul totale per circa il 49%. Per la coltura e il mantenimento delle terre a grano e vino era impiegato circa il 17% delle entrate. Nel restante 34%, variamente distribuito, troviamo la voce relativa alle spese di allestimento della fiera dell'Annunziata che, seppure minima, ci consente di aprire una parentesi su di una importante iniziativa promossa dalla Casa santa[55]. La fiera, nata nel 1440, risale a quegli anni in cui la città «ridotta in estremo ed infelice stato» chiedeva a re Alfonso d'Aragona la conferma di tutti i vecchi capitoli concessi da re Ladislao e da Giovanni II, e l'introduzione di nuovi privilegi[56]. Tra questi ultimi rientrava appunto la richiesta di una fiera annuale di otto giorni franca da ogni tributo, controllata dalla chiesa e dall'ospedale dell'Annunziata, da celebrarsi nello spazio antistante la chiesa di S. Eligio. Ferdinando I nel 1463 confermò quanto decretato dal padre, sull'assoluto monopolio giurisdizionale della Casa santa sulla fiera. Questa dell'Annunziata non era l'unica fiera che si svolgeva nella città di Aversa. La più antica, quella di San Domenico, aveva avuto inizio nei primi anni del '300. Al Quattrocento risale la concessione delle altre due fiere: la prima, in ordine di tempo, fu quella dell'Annunziata, la seconda quella dei SS. Apostoli. Quest'ultima, accordata nel 1463 da Ferdinando I alla congregazione o capitolo della Chiesa Maggiore, veniva celebrata nel mese di giugno e per un periodo che solo inizialmente fu di otto giorni. Difatti per questa fiera[57] come per quella dell'Annunziata il periodo fu spesso prorogato[58]. Nel 1590 la fiera, su

[55] La fiera dell'Annunziata si occupò prevalentemente di scambi di merci, secondo il modello delle più importanti fiere mercantili internazionali della Champagne (XII-XIV), Ginevra (circa dal 1420), Anversa (1460), Lione (1463) ed altre minori. Le operazioni di cambio furono invece una prerogativa delle fiere che a partire dal 1535 operarono prima a Bensançon e poi a Piacenza, Novi e Sestri Levante, sotto il controllo dei genovesi. Sul sistema fieristico in età medievale e moderna vedi A. GROHMANN, *Le fiere del Regno di Napoli*, Napoli 1969; G. LUZZATTO, *Storia economica dell'Età Moderna e Contemporanea*, parte prima, Padova 1955, pp. 125-128; G. FELLONI, *Profilo di Storia Economica dell'Europa dal medioevo all'età contemporanea*, Torino 1997, pp. 214-218; H. VAN DER WEE, *Sistemi monetari creditizi e bancari"*, in STORIA ECONOMICA DI CAMBRIDGE, vol. V, Torino 1978, pp. 366-374.

[56] Cfr. *Repertorio delle pergamene della Università e della città di Aversa dal luglio 1215 al 30 aprile 1549*, Napoli 1881, pp. 44-52.

[57] Notizie di proroghe per la fiera dei SS. Pietro e Paolo sono state rinvenute per la fine del '500. Vedi ASN/ *Camera della Sommaria, Partium*, 41, a. 1596-1597. *Il Capitolo di Aversa per la proroga della feria per 4 giorni oltre quelli ordinari*; *Ibid.*, 41, a. 1598. *Aversa per la prerogativa di 4 giorni per la fiera dei SS. Pietro e Paolo.*

[58] In alcuni casi abbiamo ritrovato anche il motivo per cui veniva fatta la richiesta di proroga.

espressa autorizzazione del Collaterale, durò quindici giorni. Lo stesso accadde nel 1626. In quell'anno la bandiera della fiera, uscita il 25 marzo, durò per tutto il tempo del privilegio e fu prorogata per altri sei giorni per ordine del regio Consiglio del Collaterale[59]. Nel 1656 a causa della peste la fiera non fu tenuta[60]. Nel 1662 Filippo IV consentì ai governatori della Casa di Aversa di spostare la fiera in aprile[61]. Le proroghe continuarono anche nel '700 quando l'organismo competente non era più il Collaterale ma, a partire dal 1737, la Camera di S. Chiara cui peraltro toccò la nomina del giudice criminale. A questi toccava vigilare sull'adempimento di numerose regole a cominciare da quelle contenute nel provvedimento di Ferdinando I del 1463 dove si stabilì: l'esenzione dei venditori e compratori per le merci, e il pagamento di gabelle, dogane, «fundaci», diritti e pedaggi; l'impossibilità da parte dei razionali della zecca, «fondachieri», percettori di gabelle, dogane ed altri diritti su beni e merci, di esercitare alcun controllo sulle operazioni dei compratori e dei venditori. Nel 1470 furono poi fissate anche regole sulle modalità di vendita e sul comportamento da tenersi nei giorni della fiera[62].

A testimonianza del ruolo di primaria importanza assunto dalla fiera dell'Annunziata per l'economia sia dell'opera pia sia dell'intera cittadina di Aversa troviamo, oltre al susseguirsi di richieste per ampliare i limiti temporali, soprattutto l'estendersi dell'area destinata ad accogliere le cosiddette «botteghelle» che, di proprietà della Casa, erano affittate ai mercanti del regno e di zone vicine che sempre più numerosi accorrevano ad Aversa in tempo di fiera[63]. La Casa santa possedeva anche delle osterie o taverne che fornivano vitto e alloggio ai forestieri. Con il

---

Fattori atmosferici avevano ad esempio indotto gli amministratori della Casa a richiedere nell'aprile del 1747 una proroga di quindici giorni. La neve e la pioggia avevano difatti impedito l'arrivo dei panni dall'Abruzzo e da altri luoghi vicini così come erano stati scarsi i prodotti inviati via mare. ASN/ *Camera di Santa Chiara, Bozze di consulta*, vol. 115, inc. 18.

[59] Si legge nel libro maggiore del 1626 che nonostante una prima proroga la Casa santa inviò il 13 aprile 1626 il confratello don Gerolamo Gaurino all'agente Giuseppe di Cordoba affinché fosse concessa una nuova proroga. Ma il consigliere del Collaterale Varela, la negò. BCA/ASCAA, *Libro maggiore di introito ed esito* a. 1626-27.

[60] BCA/ASCAA, *platea 22*, a. 1662.

[61] M. Martullo, *Regesto delle pergamene della SS. Annunziata di Aversa...*, cit. p. 32.

[62] BCA/ASCAA, *Plarea 22*, a. 1470.

[63] Nel 1568 il numero delle botteghe ammontava a duecentosessantatré. Cfr. G. Amirante, *Aversa. Dalle origini al Settecento*, Napoli 1998, p. 216.

tempo taverne e botteghe, insieme alle terre di proprietà della Casa, furono date in enfiteusi[64].

I proventi di queste cessioni e della fiera, ma ancor più le entrate della vendita di grano, di vino, di orzo, dei censi[65], degli affitti e dell'investimento dei capitali in compre, garantirono all'opera pia un discreto giro d'affari.

Soffermiamoci sull'opportunità offerta all'Annunziata di Aversa, come ad altri enti laici e religiosi, di accrescere le proprie rendite, attraverso anticipazioni al governo, all'amministrazione cittadina e ai privati[66]. Una svolta nella gestione del patrimonio si registrò quando nel giugno del 1584 il vicerè ordinò «la crezione di una cassa a tre chiavi per riporvi il denaro»[67]. A distanza di pochi anni la Casa santa fu poi autorizzata ad aprire una cassa di deposito[68] per la raccolta del denaro, un'operazione piuttosto diffusa tra i luoghi pii dell'epoca ed in particolare tra gli ospedali napoletani[69].

L'apertura di una cassa di deposito non trasformò l'opera pia in una banca, occasione questa che fu offerta solo, a partire dalla seconda metà del '500, a sette delle maggiori istituzioni d'assistenza napoletane della capitale[70]. Alla Casa santa dell'Annunziata di Aversa, inizialmente au-

---

[64] Cfr. *Il patrimonio della Reale Casa Santa dall'Annunziata di Aversa nel 1901*, Aversa 1901. Su questi aspetti vedi il recente studio di M. D'Aprile, *L'urbanizzazione seicentesca dei territori della Starza dell'Arco nelle registrazioni enfiteutiche della Real Casa Santa dell'Annunziata*, a cura di G. Fiengo, *Lo sviluppo sei-settecentesco di Aversa e l'episodio urbanisticoo dell'Emitone*, Napoli 1997, pp. 19-66.

[65] Il censo era un contratto pecuniario. Esistevano due tipi di contratto di censo: uno più antico detto riservativo o domenicale; l'altro detto consegnativo, diffusosi in particolare a partire dal XV-XVI. Vedi sul tema: G. Felloni, *Profilo di Storia Economica dell'Europa dal medioevo all'età contemporanea...*, cit., p. 213.

[66] Gli allettanti tassi di interesse indussero gli organismi laici e religiosi ad acquistare una cospicua fetta di debito pubblico (arrendamenti e fiscali) L. De Rosa, *Mezzogiorno spagnolo tra crescita e decadenza*, Milano 1987, pp. 65-67.

[67] BCA/ASCAA *platea* 22, a. 1584-85.

[68] Riporta la platea: "Si principiò dalla gente di Aversa ed altri luoghi depositare denaro nella nostra casa si fece libro a parte dei depositi e dalla santa casa si davano varie somme". BCA/ASCAA *platea* 22 a. 1588-89.

[69] Erano dotati di cassa di deposito sia l'antico ospedale dell'Annunziata di Napoli sia l'ospedale di S. Giacomo degli Spagnoli, nato nel 1540. Cfr. E. Tortora, *Nuovi documenti per la storia del Banco di Napoli*, Napoli 1890, p. 85.

[70] Una ricca letteratura ha analizzato il contributo e i limiti del sistema bancario del Mezzogiorno in Età moderna. Per una completa bibliografia sul tema rimando ai lavori di E. De Si-

torizzata solo alla custodia del denaro[71], fu offerta l'opportunità di investire il denaro raccolto attraverso le doti e le donazioni in «compre di annue entrate». Fu proprio tale operazione, come allora era denominato il prestito, a caratterizzare quel ruolo di operatore finanziario assolto dalla Casa santa nei confronti sia della città, sia dei privati: un ruolo da cui la Casa non sempre riuscì a trarre dei vantaggi per le sue finanze. Così ad esempio nel periodo 1609-1618, l'amministrazione cittadina, finanziata dalla Casa santa, non ottemperò al pagamento delle regolari terze. Si legge nella platea: «È una meraviglia e pietà insieme che la nostra casa trascurava i dettagli sui debiti riportando solo il nome (del debitore) e non la somma di cui era debitore»[72]. Purtroppo nonostante i tentativi per arginare questa pratica[73], i prestiti alla città continuarono ad essere concessi senza la regolare registrazione. Corruzione e malversazione furono, secondo l'opinione del redattore della platea, all'origine della mancata riscossione delle terze.

Nella prima metà del '700 l'assenza di garanzie sui prestiti concessi e su talune spese sostenute, senza adeguata copertura furono all'origine di nuove difficoltà di ordine finanziario. Relativamente ai prestiti sotto accusa non era il finanziamento alla città ma a taluni nobili aversani cui nel 1705 era stata fatta un'anticipazione senza aver provveduto, ancora una volta, ad una registrazione contabile[74]. Ben più gravi furono le con-

---

MONE, *Il Monte della Pietà di Napoli, 1734-1806*. Napoli, 1974; P. AVALLONE, *Stato e banchi pubblici a Napoli a metà del '700*, Napoli 1995.

[71] Sulle operazioni compiute dai banchi pubblici napoletani cfr. *L'Archivio Storico del Banco di Napoli*, Napoli 1972, p. 67-68.

[72] Negli anni 1616-17 si legge dei "danni pervenuti alla casa per mutare i governatori in eletti della Città". Nella platea si riporta l'esempio del nobile Dezio del Tufo che fu nel 1614 governatore della Casa e nel 1616 eletto della Città. A tale irregolarità si univa l'incapacità del cancelliere che "non altro annotava se non se la città di Aversa ne più ne oltre, senza porre l'istrumento, le somme dei capitali, ne le loro annualità". Nell'anno 1618 ancora una volta "i governatori passarono Eletti e nei libri degli anni appresso la casa pose in compra denaro colla detta Università o pure da altri suoi debitori fatti assegnare sopra di questa quando doveva fuggirla come il contagio". BCA/ASCAA, *platea 22*, a. 1616-17.

[73] Il notaio Andrea Iorio negli anni 1612 e 1613, fece fare delle indagini per cercare di individuare i debitori e ricostruire lo stato delle entrate e delle uscite della Casa. *Ibid.*, a. 1612.

[74] Si legge nella platea "Si facevano compre con il denaro della Casa con nobili aversani, quali si passano in silenzio e nel libro si possono leggere quattro di essi che pendavano x 100 duc. cioè 25 ducati ciascun senza obbligo in solidum ed ognuno vendeva duc. 1,25". *Ibid.*, a. 1705-6. Come si è detto l'operazione di prestito era piuttosto diffusa tra i luoghi pii. Sul prestito alla nobiltà vedi R. SALVEMINI, *Amministrazione e gestione della Casa Santa degli Incurabili di Napoli alla fine del Seicento*, in "SEGES", Quaderni di studi storici dell'Università degli studi del Molise, 1997

seguenze delle ingenti spese di ristrutturazione compiute inopportunamente dai governatori. Priva di effetti fu la costituzione nel 1723 di due conti separati uno per il capitale e l'altro per le spese correnti in quanto per queste ultime continuò ad attingersi dal conto capitale. Nel 1729 ci fu un nuovo prelievo dalla cassa dei capitali. Nel 1731 la cassa generale risultava debitrice alla cassa dei capitali di duc. 6999,05, somma che inspiegabilmente non risultò più nel 1732.

7. *La proposta di nuovi criteri nella gestione della Casa santa*

La situazione finanziaria della Casa santa indusse le autorità centrali a promuovere, attraverso il delegato regio, un'inchiesta. Nel maggio del 1738 Baldassarre Cito, «soddisfacendo agli ordini di informare come delegato della Casa di Aversa dei disordini ed inconvenienti che riveggono in quel luogo e proporre quegli espedienti che stima opportuni per riparo di quelli», stilò un'articolata relazione[75]. La proposta, nata con l'intento di rivedere le linee di gestione dell'opera pia, mirava in effetti ad accrescere il potere d'intervento e di controllo del delegato soprattutto nelle questioni d'ordine finanziario.

Sui poteri e sui limiti di questa figura operante presso l'Annunziata di Aversa come presso gli altri ospedali napoletani[76] sottoposti al patronato regio, si soffermò per il primo '700 Vincenzo Magnati che fu correttore spirituale presso l'ospedale napoletano degli Incurabili[77]. A distanza di qualche anno dall'uscita della sua monografia sugli Incurabili alcuni interventi del governo di Carlo di Borbone[78] danno l'impressione di una

15, pp. 13-14; C. MAIELLO, *L'indebitamento della nobiltà napoletana nel primo periodo borbonico, 1734-1806*, Napoli 1986.

[75] A.S.N./ *Camera di Santa Chiara, Bozze di consulta* vol. 23, inc. 37.

[76] In generale per le istituzioni napoletane l'idea di creare un osservatore del vicerè all'interno degli ospedali di regio patronato sembra da attribuirsi a don Pedro de Toledo. Cfr. R. SALVEMINI, *La asistencia en la ciudad di Nàpoles...*, citata.

[77] V. MAGNATI, *Teatro della carità, istorico, legale, mistico, politici, in cui si dimostrano le opere tutte della Reale Casa Santa degli Incurabili, che si esercitano sotto il titolo di Santa Maria del Popolo nella città di Napoli*, Venezia, 1727, p. 371. Sulle funzioni del delegato e sulla situazione degli Incurabili vedi R. SALVEMINI, *Amministrazione e gestione della Casa Santa degli Incurabili di Napoli alla fine del Seicento...*, cit., pp. 11-13.

[78] Sulle riforme in materia di gestione di luoghi pii nel periodo di Carlo di Borbone vedi G. BRANCACCIO, *Il trono, la fede e l'altare*, Napoli 1996.

volontà protesa a rivedere, in senso estensivo, limiti e funzioni del delegato[79].

In tal senso va letta l'articolata relazione di Baldassarre Cito. In essa, oltre alle modalità di elezione dei governatori e all'opportunità di sottoporre la Casa santa sotto la giurisdizione e direzione del cappellano maggiore, si puntò l'attenzione su aspetti delicati della gestione finanziaria.

Circa la posizione dei governatori si pensò, in primo luogo, ad una maggiore responsabilità nella gestione degli affari della Casa: per ogni spesa ordinaria e straordinaria, comprese le disposizioni sulle terre, sarebbe stato opportuno il parere unanime dei tre governatori. In caso contrario bisognava interpellare il delegato.

In secondo luogo, sulla scia di quanto già fatto da tempo presso altri ospedali napoletani, si consigliò di intervenire sul numero dei governatori, pensando ad un consiglio costituito da cinque e non più da tre membri, e sulla definizione dell'ambito operativo di ciascuno. Per arginare conflitti e contrasti Cito pensava di affidare l'amministrazione del conservatorio al governatore nobile. Ai governatori del ceto civile sarebbe stata affidata l'amministrazione dell'ospedale, degli esposti e dei maritaggi oltre alla cura dei territori.

Ma sono soprattutto le questioni d'ordine finanziario, con la facoltà offerta alla città d'Aversa di visionare i conti della Casa, a destare maggiore preoccupazione. Il delegato pensava di abolire tale diritto e di ripristinare quel controllo centralizzato sui conti, un tempo esercitato dal vicerè e dal Collaterale in collaborazione con il governatore locale e che, invece, nel 1684 era stato attribuito agli eletti.

Già il delegato Onofrio, predecessore del Cito, aveva fatto una proposta per una diretta supervisione dei conti, proposta prontamente ricusata dagli eletti. Il delegato Cito, noncurante della resistenza opposta dagli eletti, proponeva: 1) l'esame dei conti degli ultimi dieci anni; 2) la redazione di un conto mensile di introito ed esito da sottoporre all'esame del delegato e di un razionale di fiducia; 3) la possibilità offerta agli eletti non già di approvare il bilancio ma di assistere alla discussione di approvazione. Anche questa volta la proposta fu all'origine di duri contrasti con il risultato che gli eletti continuarono ad occuparsi della

[79] Agli anni di Carlo risale anche la revisione del ruolo del delegato presso i banchi pubblici napoletani. Vedi P. AVALLONE, *Stato e banchi pubblici a Napoli a metà del '700...*, cit., p. 25.

prima revisione dei conti e dell'elezione del razionale. Rientrava poi nelle discrezionalità del delegato la possibilità di eleggere altri razionali, a spese della Casa, per un successivo esame[80].

Sempre in merito alle questioni finanziarie il delegato sollevò il problema dell'affitto dei territori per la semina e la vendemmia, affitto che sottoponeva la santa Casa al peso di dover mantenere diveri fattori insolventi e disonesti «d'onde si osserva ordinariamente che la vendita del vino non bastava ad eguagliare le spese della vendemmia». Per contenere le perdite il delegato pensava non di vendere, come invece accordato per terre e cave dalla bolla pontificia del 1616, ma di dare a censo i territori. Questa proposta fu accolta e, tra il 1738 ed il 1743, il canonico Marino Pirozzi provvide alla realizzazione di una platea per i censi[81], dove si cercò di ricostruire la storia delle proprietà e dei vari passaggi cui nel corso dei secoli erano stati sottoposti i beni della Casa.

Conclusione

Purtroppo l'assenza di libri sul periodo successivo alla riforma non ci consente di verificare gli effetti sulla gestione. Tuttavia il severo giudizio espresso alla fine del settecento dall'economista napoletano Galanti, sembra dirci che a ben poco valsero le proposte di quegli anni, compresa la decisione di redigere quattro platee. Nella sua dura critica il Galanti rilevava che mentre si era notevolmente ridotto l'impegno della Casa verso gli esposti, pare che fossero solo dieci, lo stesso non poteva dirsi per gli abusi e gli sprechi nella gestione delle rendite della Casa[82].

Nonostante le accuse di corruzione e di malversazione che sembrano caratterizzare la vita dell'opera pia, almeno nei secoli XVII-XVIII, la Casa dell'Annunziata di Aversa non scomparve dal panorama delle opere di assistenza del regno. Il progetto di riforma della beneficenza avviato dai francesi interessò infatti anche questa istituzione. Il decreto del 10 giugno 1813 riguardava proprio lo stabilimento di beneficenza dell'Annunziata di Aversa chiamato non solo ad occuparsi di donne gravide,

[80] ANS/ *Camera di Santa Chiara, Bozze di Consulta* vol. 23, inc. 28.

[81] Per delucidazioni sui criteri seguiti nella redazione di tale platea vedi BCA/ASCAA, *Platea dei censi.*

[82] G.M. Galanti, *Della descrizione geografica e politica delle Sicilie...*, cit., pp. 101-102.

projetti ed ammalati di ambo i sessi in due distinti ospedali, ma anche, in perfetta linea con il pensiero dell'epoca, della creazione di un deposito di mendicità destinato ad ospitare tutti i mendici di Terra del Lavoro, il cui costo di realizzazione sarebbe stato sopportato dalla Provincia[83].

Nel 1867 fu poi redatto il primo statuto, dove furono riproposte tutte le funzioni che la Casa santa avrebbe dovuto assolvere. In primo luogo fu riformata l'organizzazione interna dell'ospedale con nuove norme: per il corpo medico, per la disponibilità di letti, per la selezione degli ammalati sia in rapporto allo stato di salute, si ricoveravano solo quegli ammalati di ambo i sessi colpiti da malattie acute e da lesioni violente e non da malattie contagiose, sia alla loro provenienza, ai forestieri era permesso l'accesso solo a pagamento; per l'assistenza a domicilio, prevista sia per i poveri comuni sia per quelli «vergognosi». Emerge con più forza l'impegno della Casa verso i «gettatelli», le madri in difficoltà, con la creazione di «un ospizio di maternità», e le educande. Tra gli obiettivi della Casa c'era la creazione di un educandato femminile, di un ritiro per le esposte incapaci e ancora di un «deposito specie d'asilo per gettatelli maschi».

L'esame dei numerosi articoli contenuti nello statuto mettono in evidenza il bisogno di riformare non solo il sistema di assistenza praticato dalla Casa santa, ma anche i criteri di elargizione delle elemosine[84]. Nuove regole vengono difatti introdotte per la beneficenza e la distribuzione dei soccorsi sia a favore dei poveri strutturali sia di quanti erano temporaneamente fuori dal sistema produttivo. Gli articoli, al di là dell'importanza per l'attività e gli impegni assolti dall'Annunziata, valgono come testimonianza di un rinnovato interesse verso la questione del povero, questione che riaperta dalla «gran legge» del 1862 con il compromesso pubblico-privato fu riproposta a gran voce a partire dalla fine degli anni '70 dell'Ottocento[85].

---

[83] Decreto n. 1800 in *Bullettino delle leggi del Regno di Napoli*, Napoli 1813, I sem., pp. 336-38.

[84] Sulla normativa in materia di beneficenza vedi per il periodo francese G. Botti, *L'organizzazione sanitaria nel decennio*, in *Studi sul Regno di Napoli nel Decennio francese (1806-1815)*, a cura di A. Lepre, Napoli 1985, p. 88. Per gli anni della Restaurazione, cfr. L. Valenzi, *Linee di intervento del Governo Borbonico nei confronti della povertà*, in *Mezzogiorno Preunitario*, Bari 1988, pp. 1207-1219. Per il periodo liberale vedi P. Frascani, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna 1986.

[85] Su questi aspetti vedi E. Bressan, *L'«hospitale» e i poveri*, Milano 1981; J.S. Woolf, *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna...*, citata.

ALFONSO SESSA

Le responsabilità nella gestione delle cartelle cliniche alla luce della legge 675/96 sulla «Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali»

Ringrazio la Soprintendenza archivistica per la Campania per la sensibilità dimostrata nell'approfondire questo preciso argomento poiché, dico a merito ed a ragione, é tra le prime a sensibilizzarsi circa le nuove normative in materia di responsabilità nella gestione dei dati. Allo scopo di rendere più semplice una corretta comprensione degli aspetti che andrò a trattare devo, in qualche modo, introdurre brevemente il concetto di informatica e l'evoluzione della stessa fino ai nostri giorni.

Inizialmente il servizio di elaborazione dati veniva svolto prevalentemente da un grosso centro di calcolo che, in modo centralizzato ed attraverso una fitta rete di terminali situati negli uffici, era in grado di fornire un ottimo livello di elaborazione dei dati, nonostante le diverse esigenze di orario e di calcolo richieste dai diversi ambienti di lavoro. È ovvio che trattandosi di una unica struttura centralizzata la politica di fruizione del servizio era definita dalle esigenze dell'ente in questione ed inoltre la centralizzazione della gestione delle informazioni garantiva un costante controllo sulla corretta erogazione del servizio oltre ad una precisa serie di standard normativi e di sviluppo di procedure. Peraltro la struttura centralizzata prevedeva la presenza di figure che, in modo più o meno determinato, erano preposte, con diverse responsabilità e mansioni, al corretto funzionamento del servizio. Tra le molte figure, più o meno note ad un pubblico di non addetti, è bene ricordare quella dell'operatore di sala macchine, che aveva il compito di riferire eventuali anomalie del sistema informatico s i, il programmatore, che ormai tutti conoscono, il sistemista, ovvero colui che si occupa del corretto funzionamento del software di sistema, ed infine il responsabile del s i (fig. 1).

In definitiva quindi, tutta la struttura informatica era perfettamente

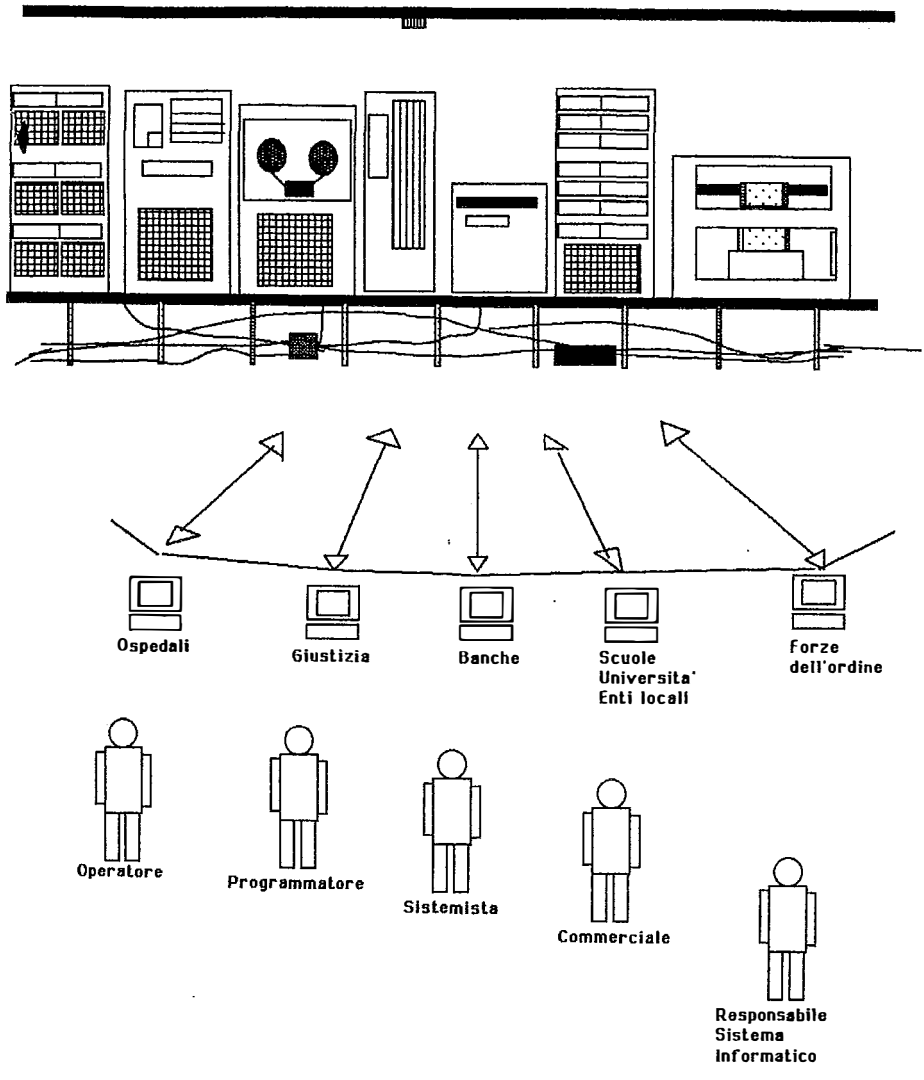

Ospedali
Giustizia
Banche
Scuole
Universita'
Enti locali
Forze
dell'ordine
Operatore
Programmatore
Sistemista
Commerciale
Responsabile
Sistema
Informatico

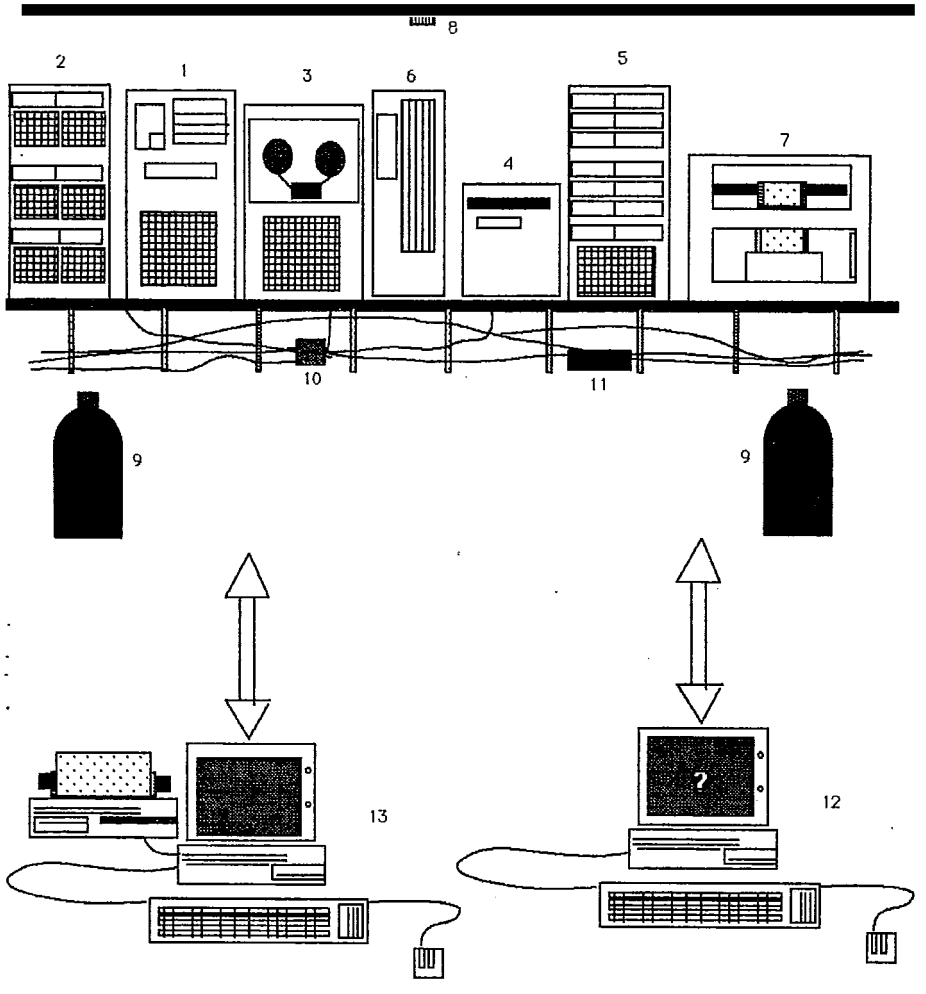
Figura 1

organizzata ed in grado di interagire agevolmente con l'ambiente esterno. Inoltre per quel che concerne le problematiche di sicurezza, tale compito era relativamente semplice, poiché in un tale contesto ambientale così organizzato il lavoro o il modo di lavorare di tutti era perfettamente conosciuto e quindi facilmente controllabile. In effetti il problema della criminalità informatica si riduceva spesso al solo terminale in/volontariamente disattivato e, comunque, difficilmente si poteva eludere una sorveglianza centralizzata, invisibile e spesso casuale (fig. 2).

Il progresso della telematica, l'abbattimento dei costi dell'hardware e del software, l'esplosione del fenomeno delle reti, tra cui Internet, il costo elevato di mantenimento di una struttura centrale e del personale necessario, il desiderio di una informatica svincolata da una gestione centrale hanno, di volta in volta, incoraggiato i vari enti verso scelte di «informatica distribuita» (ad es. personal computers in rete) che, pur risolvendo il rapporto centralizzato, hanno di fatto finito con il trasferire le difficoltà informatiche sugli utenti che, *ob torto collo*, spesso si vedono costretti ad essere contemporaneamente programmatori, sistemisti, operatori e, cosa alquanto sgradita per i conseguenti obblighi di responsabilità, nominati titolari o responsabili del s i (fig. 3).

Il fenomeno ha assunto proporzioni ancora più considerevoli in termini di complessità di gestione e di responsabilità se si tiene presente la possibilità di disporre di strumenti informatici, che, eliminando definitivamente il bancone che separa gli impiegati dal pubblico attraverso un semplice collegamento con il telefono di casa, rende l'apparato estremamente vulnerabile all'azione di eventuali malintenzionati. Il diffondersi quindi dell'informatica distribuita, la disponibilità su reti della necessaria documentazione per attuare veri e propri atti di criminalità informatica, l'assenza fino a qualche anno fa di normativa capace di contenere la crescita del fenomeno della criminalità informatica ha per certi versi prodotto i risultati che un pò tutti abbiamo avuto modo di conoscere ed in alcuni casi soffrire: virus capaci di cancellare in pochi attimi una banca dati la cui costruzione è costata mesi di duro lavoro, intrusioni o negligenze su s i della P.A. che hanno reso inutilizzabile per giorni il servizio, responsabili di s i indagati per negligenza o corresponsabilità in reati informatici.

Si è dovuto necessariamente provvedere all'attuazione dell'ulteriore normativa cumunitaria in materia di trattamento dei dati cosiddetti *sen-*



Legenda:
1) Host computer
2) Armadio dischi
3) Unita r/w nastro
4) Concentratore linee T.D.
5) Armadio modem
6) Unita' di condizionamento
7) Stampante di sistema
8) Sensore incendio
9) Bombole sostanze antincendio
10) Connettori corrente
11) Connettori trasmissione
12) Terminale collegato
13) Consolle

Addetto alla sicurezza

Utente

Figura 2

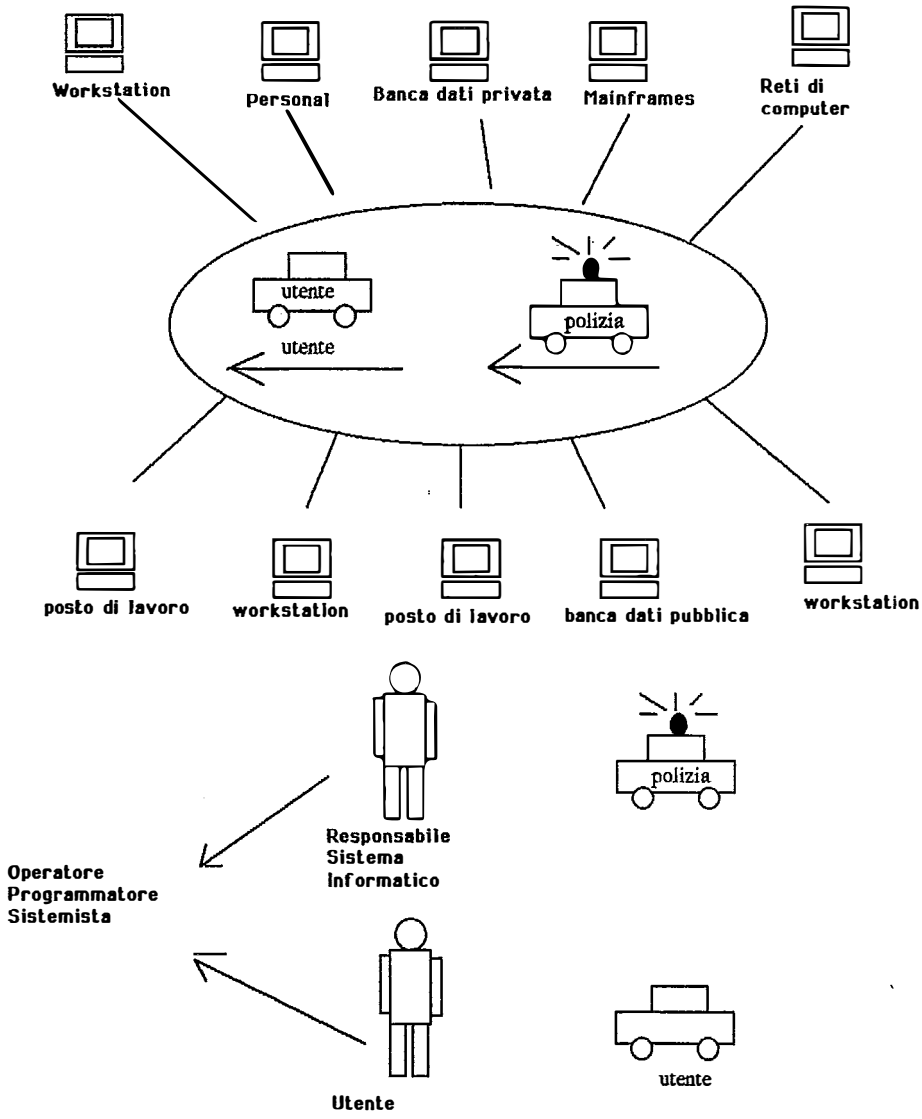

Workstation
Personal
Banca dati privata
Mainframes
Reti di computer
utente
utente
polizia
posto di lavoro
workstation
posto di lavoro
banca dati pubblica
workstation
Responsabile Sistema Informatico
Operatore Programmatore Sistemista
polizia
Utente
utente

Figura 3

sibili ovvero di quei dati (vita sessuale, religiosa, cartella clinica, ecc.) che proprio per il particolare requisito di riservatezza di cui necessariamente debbono godere, richiedono severe condizioni di tutela da eventuali divulgazioni o alterazioni. In particolare quindi, poiché la sicurezza di una catena è proporzionale a quella del suo anello più debole, a livello comunitario l'Italia con la Grecia rappresentava proprio l'anello debole della catena, con la prospettiva di rimanere fuori anche dalla integrazione comunitaria in materia di normative informatiche.

Considerata la complessità della situazione e l'assenza di precise normative, l'intervento dello Stato, attraverso una serie di recenti leggi mirate a stroncare il fenomeno della criminalità informatica, introduce il reato di crimine informatico, e conseguentemente ne identifica una volta per tutte il protagonista nel ... *chiunque commetta un fatto diretto a danneggiare o a distruggere sistemi informatici o telematici di pubblica utilità*.

Se da un lato queste leggi hanno provocato una diminuzione del crimine informatico, svuotandolo a questo punto dei contenuti di puro divertimento goliardico, hanno però ingenerato un nuovo e, sotto certi aspetti, ancora più inquietante aspetto. Infatti, sempre citando la norma, non è difficile osservare che è previsto un raddoppio consistente delle sanzioni nel caso che il ... *fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio*.

A questo punto è ben chiara la difficoltà che ha un qualsiasi operatore della P.A., ed in particolare della sanità, ad accettare un incarico di responsabilità di un s i che (a parità di competenze e di retribuzioni rispetto ad un suo collega addetto ad altri s i meno rischiosi quale può essere ad esempio un magazzino merci, ed in assenza di una adeguata copertura assicurativa circa eventuali errori professionali) preveda delle responsabilità e delle sanzioni così pesanti. Per di più la particolarità del crimine e le consistenti competenze dimostrate dai criminali hanno favorito la creazione di un nugolo di particolari autorità preposte alla salvaguardia e controllo del *patrimonio informatico* della P.A., basti citare l'AIPA, il garante della riservatezza, il Ministero della funzione pubblica, ecc., tralasciando però di specificare quali debbano essere ad es. le più urgenti norme in materia di ...*misure di sicurezza*... che i responsabili di s i debbono adottare per evitare «almeno» le accuse di negligenza o corresponsabilità.

Un ulteriore problema lasciato aperto dalla legge è quello di determinare il giusto grado di corresponsabilità di chi legittimamente ha accesso a quel s i, ovvero anche gli utenti stessi; infatti in ogni altra fattispecie criminosa il quesito è facilmente risolubile, ma nel campo dell'informatica il quesito assurge a difficoltà di spessore non quantificabile, soprattutto perché la necessità di garantire una maggiore flessibilità ed utilizzazione del s i va contro ogni tipo di sbarramento burocratico. In mancanza di precise normative il soggetto cui è affidato un s i rimane, fino a prova contraria, estraneo ad ogni addebito di responsabilità.

Ed è in particolare proprio la recente normativa approvata, — intesa a proteggere in qualche modo la naturale dote di riservatezza di cui godono alcune e particolari informazioni riguardo la nostra sfera personale (vita sessuale, patologie, opinioni politiche, credo religioso, origine razziale, ecc.) messa sempre di più a repentaglio non solo dalla indiscussa potenza di archiviazione e correlazione dei sistemi informatici ma anche dalla crescente abilità nell'introdursi in archivi informatici più o meno *blindati* da parte del *chiunque* (legge 23/12/1993 n. 547) —, che ha per certi versi sollevato una serie di discussioni di ordine morale e pratico circa le nuove problematiche e le conseguenti nuove figure professionali[1] che dovranno, *ob torto collo*, sobbarcarsi a delle conseguenti gravosissime responsabilità morali, amministrative e penali.

A rendere poco chiaro questo discorso ha inoltre contribuito la difficile questione relativa alla responsabilità della semplice «detenzione», o uso, da parte di chiunque, dei cosiddetti «dati sensibili» e, più in particolare, quella relativa ai dati sanitari, le cartelle cliniche. Infatti grazie al sempre più massiccio utilizzo dei sistemi informatici in medicina, qualsiasi operatore medico può collegarsi ad una banca dati, pubblica o privata, per conoscere in tempo reale la disponibilità di un determinato organo da trapiantare, della quantità di sangue disponibile o degli antidoti da utilizzare in presenza di gravi casi di avvelenamento. Un ulteriore contributo dell'informatica in campo medico è inoltre dato dalla disponibilità di numerose banche dati, non solo della P.A. ma anche dalle organizzazioni di volontariato che, in modo completo ed efficiente, permet-

[1] Nuove anche dal punto di vista informatico; si tratta della figura del titolare che rappresenta il soggetto cui fanno capo le principali responsabilità in termini di modalità del trattamento e sul genere di misure di sicurezza attuate e del responsabile incaricato dal titolare quale figura preposta al difficile compito di salvaguardia dei dati ed *interfaccia* con gli interessati.

tono al personale medico di riuscire ad ottenere le indispensabili informazioni epidemiologiche-statistiche necessarie per poter risalire alla causa prima dello scatenarsi di una determinata patologia per poi procedere alla attenta valutazione dei criteri di cura più validi da adottare. In particolar modo la possibilità di estendere il campionamento dei dati sull'intero territorio nazionale (in un periodo di tempo relativamente breve, a fronte di una spesa minima e con possibilità di correlazione dei dati) ha permesso finalmente di ottenere un enorme progresso nel circoscrivere determinate patologie grazie anche alla confutazione delle conclusioni attraverso un accurato controllo statistico. Il timore però, espresso da più parti dell'opinione pubblica, riguardo un possibile uso distorto di simili strumenti, ha tuttavia generato seri interrogativi circa le reali garanzie di validità e riservatezza necessarie per la gestione di questi particolari dati. L'assenza infatti di precise regole riguardo la tutela della riservatezza e, in particolar modo, di un preciso standard riguardo le norme di sicurezza con cui tali dati devono essere elaborati e custoditi, ha convinto il legislatore ad affrontare il problema in tutta la sua gravità per cercare di mettere ordine in una materia così complessa.

Ed in effetti, a fronte di una serie di indiscutibili benefici, vi sono delle legittime preoccupazioni per gli effetti che, un uso in/volontariamente incauto di tali informazioni potrebbe causare. Chiunque infatti può immaginare cosa accadrebbe se la propria cartella clinica comparisse, per negligenza o dolo, in un dettagliato elenco di portatori di particolari patologie infettanti o, nel peggiore dei casi, che una particolare patologia personale fosse di dominio pubblico. Senza entrare nel merito della discussione etico-giuridico, e cercando di circoscriverne il solo aspetto informatico-medico, si può d'altro canto immaginare cosa significhi impastoiare la trascrizione, trasmissione, ricezione, archiviazione dei dati, già a livello nazionale, senza una precisa normativa riguardo le misure per la tutela della sicurezza di tali dati e le professioni che possono averne facile accesso. Il primo effetto é senz'altro la perdita di potenzialità offerte dal s i causata dalla eccessiva burocratizzazione del servizio, dovuta non solo alle già accennate richieste del personale per propria garanzia ma anche al nutrito carteggio amministrativo da gestire con i numerosi organi istituzionali precedentemente elencati e con gli ancor più numerosi soggetti interessati al trattamento. È infatti principalmente sul personale che, in assenza di accurate normative, ricadreb-

bero le precise e pesanti responsabilità amministrative (lettura dei dati da parte di terzi non autorizzati) e penali (errore nella compilazione della cartella in caso di una incauta gestione del s i. Per di più bisogna tenere conto delle indispensabili competenze specifiche (informatiche, mediche, archivistiche e, a questo punto, soprattutto di giurisprudenza) che il personale preposto a tale servizio dovrà necessariamente possedere per poter gestire senza alcun rischio una tale incombenza, senza sottovalutare il costante aggiornamento riguardo i paesi extracomunitari che, non essendo dotati di eguali normative, saranno sottoposti ad una sorta di embargo informatico, di volta in volta derogabile[2], riguardo il traffico di questi dati.

Per altro, ad aggravare ulteriormente la già complessa problematica contribuisce non poco la mancanza di sensibilità verso il fenomeno della criminalità informatica, o comunque delle corrette politiche di sicurezza informatica da adottare in ambienti dove é spesso difficile riuscire a garantire un efficace controllo sugli accessi da parte di intrusi (ladri, criminali, teppisti, ecc.) ben più pericolosi del *...chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali.... omissis* (art. 18 legge 19/12/1996 n. 675/96). Non meno dannoso infine risulta essere il nocumento prodotto dalla errata convinzione che la costruzione di una banca dati sia legata al solo possesso di un computer e di un modem, senza per questo tenere in debito conto tutta una serie di necessari requisiti relativi alla analisi delle informazioni da elaborare, ma soprattutto alle cautele necessarie al corretto e sicuro funzionamento della stessa, ovvero alla sicurezza ed alla riservatezza dei dati, alle garanzie di disponibilità e di accesso, ed infine alla tutela legale che deve essere assicurata agli operatori nonché ai responsabili di un simile servizio.

Indubbiamente l'art. 7 della l. 676/96 prescrive il ricorso alla carta (*omissis... La notificazione è effettuata preventivamente e una sola volta a mezzo di lettera raccomandata ... omissis ... Una nuova notificazione è richiesta solo se muta ...omississ*); la stessa carta che impastoiava le precedenti ricerche e che in qualche modo si è cercato invano di eliminare attraverso il dato elettronico, ricomparirebbe più importante che mai per prescrivere le necessarie autorizzazioni ed un adeguato diario storico

[2] Infatti l'articolo 28.1 della l. 676/96 non lascia dubbi in proposito. Al garante deve esserne notificato il trasferimento di dati personali fuori dai confini nazionali verso paesi extracomunitari.

per stabilire in che modo il dato viene utilizzato ma, soprattutto, per procedere alla eventuale attribuzione/estraneità delle responsabilità in caso di irregolarità o negligenza. Il difficile compito che si chiede a questo punto al legislatore è quello di mettere a punto, con la maggiore chiarezza possibile, una legge che, ben intesa a difendere la riservatezza di tali dati, non ne rallenti o impedisca il loro indispensabile uso a fini statistici ed epidemiologici in campo medico. Non dimentichiamo comunque che per quanto riguarda l'utilizzo statistico e l'archiviazione dei dati medici sono richieste le figure di informatici ed archivisti che, a differenza di quanto avviene ad es. per i giornalisti, non vengono assolutamente considerate e tutelate dalla legge in esame o comunque ritenute in grado di autoregolamentarsi attraverso *l'adozione e l'osservanza di un apposito codice deontologico* (art 26 legge 676/96). Inoltre in Italia, ed é bene ricordarlo, esiste già una precisa normativa per quel che concerne la individuazione e la repressione del più generico *illecito informatico* (legge 23/12/1993 n. 547) per cui il principale incarico del legislatore dovrebbe essere non già quello di individuare e sanzionare le inevitabili ed eventuali inadempienze o negligenze ma tentare, proprio alla luce di quanto precipuamente illustrato, di favorire la creazione di una nuova figura professionale che si prenda carico della difficile ma indispensabile opera di gestione dei dati sanitari.

Infine, quali dovranno essere le modalità per procedere alla formazione di un adeguato carteggio amministrativo necessario a dimostrare la conformità alla normativa o gli eventuali addebiti in una qualsiasi negligenza se è ben vero che, in termini informatici, non è possibile equiparare i corrispondenti *files* di *log* dei s i a *scatole nere* affidabili, utili alla ricostruzione di un qualsiasi in/volontario disastro informatico? Pertanto non l'istruzione e la salvaguardia del carteggio amministrativo utile solo ad una prima probabile individuazione delle responsabilità giuridiche ma, ancora una volta, un prodromico e chiaro approccio ad una nuova disciplina scientifica che veda coinvolti, in una proficua sinergia, le necessarie competenze non solo informatiche e mediche ma soprattutto archivistiche e giuridiche, per standardizzare ed infine gestire correttamente per l'intero territorio nazionale, le indispensabili informazioni relative ai dati clinici.

Porte chiuse, per ora, del domicilio informatico a quanti hanno vinto una battaglia contro la burocrazia per rendere i sistemi informatici della

P.A. adatti alle richieste, sempre più caratterizzate da un maggior grado di flessibilità, proprie di un paese moderno.

BIBLIOGRAFIA

1. R. BORRUSO, *Allarme per il disegno di legge governativo approvato il 17/11/1993 dalla commissione giustizia della Camera dei Deputati, Tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali*, Informatica & Documentazione, Rivista dell'Inforav, 1/2 1994.
2. A. SESSA, *Studio della criminalità informatica da un punto di vista legale*, Informatica Oggi & Unix, Ottobre 1994, 109.
3. A. SESSA - S. GAMBARDELLA, *Intrusioni, chi deve pagare*, in «Il Sole 24 Ore», 13/01/1995.
4. A.A. SCHENA, *Il progetto di direttiva comunitaria sulla tutela dei dati personali: quale lettura per l'impresa e la società italiana. Atti del convegno tra Università, Pubblica Amministrazione e mercato per un'esplorazione comune*, Trento 1992.
5. L. PAOLAZZI, *Il povero si aiuta con il chip*, in «Il Sole 24 Ore», 13/11/1995.
6. S.F. CORBUCCI, *Condotte di accesso abusivo e di uso non autorizzato del computer. Problematiche relative alla loro qualificazione penale*, Giurisprudenza di Merito, 1988, 4-5.
7. A. SESSA, G. DOVINOLA, *Creazione di un database e di una rete di dati per lo studio statistico della patologia del Criptorchidismo*, Rassegna Italiana di Chirurgia Pediatrica vol. 36, 4/94.
8. E.B. HEINLEIN, *Medical Records Security*, Computer & Security, 1996, 15.
9. A. BALDINI, A. GATTAI, *Archivi di cartelle cliniche: caratteristiche e specificità*, Archivi & Computer, (3)1992.
10. A. CIANCARELLA, *Il garante per la protezione dei dati sospettato di potere senza controlli*, in «Il Sole 24 Ore», 28/12/1995.
11. N. MELIDEO, *L'informatica esterna fa prigioniero il Fisco*, in «Il Sole 24 Ore», 8/8/1996.

MICHELA SESSA

Sanità e assistenza in provincia: censimento delle fonti salernitane (secc. XIV-XX)

Il tema del convegno è di particolare attualità in un momento in cui le istituzioni sanitarie vivono una profonda ristrutturazione, la seconda negli ultimi due decenni. Le tematiche meritevoli di approfondimento sono numerose: dai problemi connessi alla conservazione del patrimonio archivistico degli enti fino ai nuovi orizzonti schiusi dalla tecnologia, senza dimenticare temi di straordinario interesse come la riservatezza dei dati acquisiti in banche-dati sanitarie.

Non è da sottovalutare, peraltro, il fatto che l'ottica particolare dell'archivio permetta un'analisi approfondita della gestione della sanità, attività quest'ultima che influenza straordinariamente la qualità della vita dei cittadini; da questo discende la necessità di coinvolgere i responsabili delle istituzioni sanitarie sia nella riflessione relativa alle conservazione dei fondi storici, che nella sperimentazione sia di nuove tecnologie per la gestione dei flussi informativi che di nuovi supporti per l'archiviazione.

La presente riflessione si limiterà ad una panoramica sulle fonti per la storia sanitaria in un determinato territorio, quello di una provincia meridionale, Salerno, puntando su alcuni casi particolarmente importanti per la storia della sanità; in questa stessa area la Soprintendenza archivistica sta effettuando anche un censimento degli archivi di deposito e correnti di una azienda sanitaria locale, all'interno del più vasto progetto nazionale di «Anagrafe degli archivi italiani», cui accenneremo più avanti.

Dalla carità alla beneficenza fino alla sicurezza sociale: una breve premessa

Il censimento delle fonti per la storia delle istituzioni sanitarie salernitane permette di presentare ad un più vasto pubblico i frutti dell'at-

tività che la Soprintendenza archivistica per la Campania ha svolto con continuità, pur nella morsa dell'esiguità delle risorse (umane e finanziarie) e sotto la pressione delle continue emergenze, che minacciano incessantemente il patrimonio archivistico degli enti pubblici e dei privati.

La ricchezza e l'interesse degli archivi della realtà provinciale non sfigura nel confronto con il patrimonio archivistico della città di Napoli, che come capitale ha per molti secoli calamitato larghi strati di emarginazione del regno, concentrando nel territorio cittadino una miriade di istituti, di diversa importanza e durata.

La descrizione delle istituzioni sanitarie della provincia di Salerno permetterà di valorizzare le fonti meno sfruttate dagli storici, quali gli archivi comunali, di confraternite, di ospedali, di diocesi. Le suggestioni di ricerca, oltre quelle tradizionali di carattere giuridico istituzionale, sono di varia natura: di storia dell'assistenza e della carità, di storia della medicina e della salute, di storia del mondo dei poveri, di storia della mentalità e della sensibilità.

Ma è importante chiarire che affrontare un censimento di fonti per la storia della sanità significa censire le fonti relative alle attività caritative, assistenziali e benefiche in genere, poiché la separazione tra questo tipo di attività e quella sanitaria è storia abbastanza recente. Si tratta di analizzare, nella lunga durata plurisecolare, «il passaggio dalla carità alla beneficenza — concetto ancora largamente ottocentesco — e poi all'assistenza ed alla sicurezza sociale, frutto del nostro modo di concepire»[1]. Censire gli archivi delle istituzioni caritative/benefiche/assistenziali/sanitarie permette l'analisi dei risvolti sociali del plurisecolare problema del pauperismo: lo scopo di sollevare i poveri dalle loro sofferenze, assisterli nella malattia, ospitarli e sfamarli si fondava certamente sul «dovere del cristiano», quindi sul sentimento religioso e sull'impulso alla carità. Ma altrettanta importanza aveva la necessità di controllo dell'ordine pubblico, che nel Mezzogiorno era al centro dell'attenzione di ogni governo.

La quantità di materiale documentario utilizzabile per la ricerca è al tempo stesso immensa e sconosciuta: immensa poiché numerosissime furono nei secoli le istituzioni create dall'aristocrazia, dai vescovi, dalle

[1] P. Grisoli, *Legislazione, riforme amministrative della sanità e dell'assistenza e beni documentari: il caso Piemonte* in «Archivi per la storia», IX, 1-2, pp. 265-286; il saggio della Grisoli costituisce una delle più lucide disanime dei problemi e delle prospettive degli archivi sanitari.

classi abbienti illuminate, da ogni momento associato del vivere civile, per porre rimedio alle malattie ed alle miserie; sconosciuta perché la scomparsa, la concentrazione, la trasformazione degli enti hanno spesso determinato, quasi sempre per incuria, la dispersione in mille rivoli degli archivi.

Per rendere comprensibile il quadro di riferimento istituzionale, si deve accennare brevemente alle vicende degli ultimi due secoli, che maggiori tracce hanno lasciato negli archivi, e maggiori conseguenze hanno comportato per la trasformazione degli enti. Dopo il compimento dell'Unità d'Italia, la tutela della sanità e dell'assistenza pubblica dovranno attendere la fine del secolo per ottenere una regolamentazione complessiva. La legislazione crispina rappresentò una modernizzazione coerente, se non altro perché iniziò a disciplinare separatamente assistenza e sanità fino ad allora confuse, a distinguere cioè le opere pie dagli ospedali; in definitiva la legislazione di fine secolo affermò l'importante principio del doveroso intervento dello Stato a tutela della salute dei cittadini, intesi come capitale della nazione e come potenzialità economica, e non più come soggetti da curare per un'istanza politico-morale[2]. Ma per le attività sanitarie ed assistenziali pubbliche non fu definito un autonomo *status*, al contrario esse vennero significativamente ricondotte alla sfera di controllo del Ministero degli interni come un problema di ordine pubblico, come un'attività di polizia, come un complesso di misure limitative della libertà individuale[3]. Nella società italiana postunitaria si avvia la trasformazione del momento caritativo (individuale e religioso) dell'assistenza ai poveri in «virtù civile», senza

[2] La legislazione crispina, con specifici e diretti interventi govenativi sulle strutture destinate alla beneficenza, prefigurò la possibilità di innovare e mutare le istituzioni non più rispondenti al fine primitivo, esercitando un potere di controllo e di tutela. Il settore fu regolato dalla legge del 1888, la prima legge sanitaria dell'Italia unita, che introdusse norme specifiche per gli ospedali. La legge successiva del 17 luglio 1890 sulle istituzioni di beneficenza aumentò i controlli di natura pubblica, delineando con maggiore rigore le responsabilità attribuite agli amministratori e accrescendo le funzioni assegnate alle Congregazioni di carità esistenti diffusamente nei comuni. P. Grisoli, nel saggio citato, le definisce due ottime ed incisive leggi, chiarendone la derivazione dalla legislazione dello stato sabaudo.

[3] Inoltre permanevano alcuni profondi condizionamenti del passato, come ad esempio, nella sanità, un dualismo dannoso tra l'elemento tecnico-sanitario, formalmente privo di poteri decisionali, e l'elemento amministrativo-burocratico dotato di tutti i poteri di intervento ma estraneo alla problematica sanitaria; cfr. in proposito P. Frascani, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, il Mulino, 1986. Tale dualismo sarebbe stato superato solo, nel 1958, con l'istituzione del Ministero della sanità.

comportare comunque la laicizzazione della beneficenza nel suo complesso. In definitiva lo stato liberale non "assisteva": esso si poneva piuttosto come garante del buon funzionamento delle istituzioni private riconosciute e deputate alla beneficenza «pubblica»; ne sorvegliava soprattutto la gestione patrimoniale, condizione ritenuta indispensabile alla loro autosufficienza ed autonomia, identificando la migliore gestione degli enti con l'incremento dei capitali e delle rendite, e con la tesaurizzazione degli introiti; con la cura dei beni patrimoniali e delle modalità di amministrazione[4].

Una ulteriore trasformazione delle attività sanitarie ed assistenziali avvenne, a poco a poco, nel corso del Novecento, sotto la pressione delle esigenze di una società che si andava trasformando; e si realizzò soprattutto nei recenti anni Settanta ed Ottanta, quando, pur procedendo per gradi, si diede avvio all'attuazione del dettato costituzionale[5]. Nei primi decenni del nostro secolo si cominciò ad abbandonare la concezione dell'opera pia come iniziativa assistenziale privata: per la prima volta si sancì l'assistenza ai bisognosi come la realizzazione di un compito che lo Stato si doveva accollare, come un dovere sociale. Era un modo nuovo di affrontare in termini di assistenza un campo che per secoli era appartenuto alla sfera della carità e poi a quello della beneficenza: se lo stato liberale non assisteva, il decreto del 1923 iniziò a sancire il superamento di tale estraneità, anche se solo quasi nel principio e con limitati mezzi[6]. Era una tendenza dell'epoca nuova che si apriva e che portava, nel 1937, il regime fascista ad istituire presso ogni municipio un ente comunale di assistenza (ECA); si cominciò così ad abbandonare l'erogazione di sussidi e di assistenza da parte di istituzioni private, pur se pubblicamente riconosciute e sorvegliate, e si mossero i

[4] Questo non manca di riflettersi pesantemente nella fisionomia stessa degli archivi; l'ente seleziona infatti la sua stessa memoria, privilegiando nelle cure e nella conservazione quello che la legge chiedeva di documentare per obbligo, a scapito di altri settori ed aspetti dell'attività, come le attività sanitarie. P. Grisoli, *Legislazione...*, cit., p. 268.

[5] Cfr. art. 38 della costituzione della repubblica e art. 117 per quanto riguarda le materie delegate alle regioni. Dopo il 1980 per avere interventi legislativi globali bisogna arrivare ai nostri anni, con la trasformazione delle usll in aziende sanitarie locali.

[6] Il decreto 23 novembre 1923 cambiò anche leggermente la denominazione delle istituzioni (quelle che la legge del 1862 chiamava opere pie, poi divenute nel 1890 istituzioni pubbliche di beneficenza e nel 1923 istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, in acronimo IPAB).

primi passi in direzione dell'assistenza come funzione esercitata anche dallo Stato[7].

Per quanto concerne più specificamente il settore sanitario per l'introduzione di novità determinanti bisognerà attendere i lavori dell'Assemblea costituente, che scisse l'assistenza sociale da quella sanitaria, rompendo così un antico ordinamento concettuale e giuridico e riconoscendo sia all'individuo sia alla società un autonomo interesse alla tutela della salute. Nei fatti il passaggio dal binomio povertà = assistenza al principio della sicurezza sociale e la compiuta distinzione tra ospedali e istituzioni di assistenza si realizzò soltanto alla fine degli anni Sessanta. Gestione della salute e gestione della povertà si separarono allora per sempre[8].

Tornando al problema delle fonti per la ricerca, si può tranquillamente affermare che la ricerca storica, ancor oggi, non conosce nel suo complesso, per averne contato e censito la consistenza patrimoniale e documentaria, questa miriade di enti ed associazioni[9]. Dall'Unità d'Italia ad oggi gli storici hanno spesso lamentato la carenza di censimenti, inventari, riordini di archivi: la disponibilità di uno strumento di ricerca come l'«Anagrafe», pur con il suo faticoso avvio e la sua vita accidentata, costituisce probabilmente la sola risposta a queste esigenze.

---

[7] La legge del primo luglio 1937 istituì infatti un contributo statale annuo a carico del Ministero per l'interno ad integrazione del bilancio dell'ECA.

[8] Con la legge del febbraio 1968 sull'autonomia degli enti ospedalieri. La successiva attuazione delle regioni valse a mettere in moto un meccanismo di trasferimento delle competenze sulla sanità e l'assistenza, definite anch'esse dalla costituzione; gli anni fra il '68 ed il '70 ed il '75 furono anni di serrato confronto tra spinte accentratrici e visioni che dilatavano il campo dell'intervento dell'ente locale; nel 1975 la legge 382 completò il trasferimento delle competenze alle Regioni. Nei confronti dell'IPAB il legislatore predispose la possibilità di scioglimento per quelle che non dimostrassero di perseguire i fini statutari, il trasferimento ai Comuni delle funzioni e dei patrimoni delle istituzioni assistenziali, la conservazione — in veste giuridica però privata — degli enti che perseguissero fini di natura educativo-religiosa; il disposto fu perfezionato e precisato da uno dei tre decreti attuativi, del 1977, che predispose anche lo scioglimento entro l'anno successivo degli ECA, le cui funzioni, patrimoni ed addetti furono trasferiti ai Comuni; cfr. P. Grisoli, *Legislazione...*, citata.

[9] Ancora nel 1953 la «Commissione parlamentare d'inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla» lamentava l'assenza di dati recenti a proposito del numero complessivo e della consistenza patrimoniale delle IPAB in Italia, e la mancanza di una qualsiasi rilevazione completa dopo il 1900, concludendo di non poter conoscere né il numero esatto, né la dislocazione territoriale, né la consistenza patrimoniale delle istituzioni e constatava di dover procedere sovente basandosi su delle stime; cfr. P. Grisoli, *Legislazione...*, cit., p. 272.

Le fonti comunali: anagrafe degli archivi e linee di ricerca

L'*Anagrafe degli Archivi Italiani* è un progetto che, nella sua origine, si è posto obiettivi di gestione e di fruizione; la banca-dati creata avrebbe permesso la gestione informatica di attività specifiche dell'amministrazione archivistica (versamenti, scarti, visite ispettive, ecc.), ma soprattutto sarebbe stata utilizzata per la formazione di strumenti di ricerca[10]. Il primo censimento avviato è stato quello degli archivi comunali, cui seguiranno le altre tipologie di archivi vigilati (ecclesiastici, gentilizi, sanitari appunto)[11].

La banca dati «Anagrafe» costituita presso la Soprintendenza archivistica, anche se non completa, permette fin d'ora di ottenere preziose informazioni sulla consistenza e la datazione dei fondi archivistici comunali della Campania, come mostra il tipo di ricerche che è possibile effettuare (cfr. appendice 1 il tabulato riferito agli archivi aggregati degli enti comunali di assistenza). Gli archivi comunali rappresentano una fonte inesauribile per le ricerche sulle istituzioni sanitarie, caritative, benefiche ed assistenziali: purtroppo in Campania, e soprattutto nella vasta provincia di Salerno che conta ben centocinquantotto comuni,

[10] Il progetto Anagrafe nella sua struttura originaria si articolava in fasi successive e precisamente: 1) formazione di banche dati locali presso ciascun istituto archivistico, costituite, gestite, aggiornate e consultate mediante la procedura «Anagrafe»; 2) riversamento delle banche dati locali in una banca dati centrale; 3) formazione di banche dati centrali, con compiti gestionali e di fruizione; 4) collegamento in rete con le banche dati dei vari istituti; questo obiettivo, che prevedeva una rete specifica per l'amministrazione archivistica, è stato modificato di recente dalla prossima costituzione di un'unica rete della pubblica amministrazione; 5) aggiornamento della banca dati centrale, sia da parte dell'Ufficio centrale (per la parte di sua competenza, specificamente gestionale), sia da parte degli istituti periferici; 6) riversamento degli aggiornamenti sulle banche dati degli istituti periferici, per ottenere un «allineamento», cioè un aggiornamento simultaneo. L'esperienza di «Anagrafe» ha ormai compiuto i quattro anni di attività, rendendo necessaria una riflessione sui suoi risultati, sia al suo livello più generale, quello nazionale, che all'esperienza particolare, nella regione Campania.

[11] Il più grave difetto del progetto «Anagrafe» fino ad oggi, a parere di chi scrive, è stato quello di aver avviato una grandiosa operazione di censimento senza però aver fatto prima metabolizzare gli *standards* di descrizione ai partecipanti (gli operatori tecnico-scientifici dell'amministrazione archivistica); è mancata una fase di informazione e di dibattito, che è stata sostituita da un *corpus* di norme illustrato nel *Manuale per i rilevatori* con tracciati esemplari e tabelle di riferimento. Cfr. Ministero per i Beni Culturali e Ambientali. Ufficio centrale beni archivistici. Nucleo di coordinamento per l'informatica, *Anagrafe degli Archivi Italiani - Manuale per i rilevatori*, Roma 1994.

tranne qualche lodevole eccezione, questi archivi condividono un comune destino di abbandono e di disordine[12].

Per quanto concerne le attività sanitarie gli archivi comunali salernitani offrono, ad esempio, importanti contributi allo studio delle malattie endemiche e delle grandi epidemie dell'Ottocento: l'esame delle morbilità consente di cogliere il rapporto tra fenomeno epidemico e storia sociale. All'inizio del XIX secolo in ogni comune erano state nominate le Deputazioni di salute, costituite da sindaco, da medici e cittadini benestanti, con compiti ordinari (sorvegliare la pulizia delle strade, la rimozione delle immondizie, l'imbiancatura delle case, la macellazione degli animali, lo scolo delle acque) e straordinari, come appunto quello di allestire ospedali in caso di epidemia e rifornirli di tutto il necessario. Le misure precauzionali risultavano il più delle volte vane, in un panorama di degrado urbano, angustia di abitazioni, mancanza di fogne, inquinamento di pozzi, unite alla costante sottoalimentazione degli individui[13].

Altre fruttuose ricerche potrebbero riguardare il settore delle vaccinazioni, soprattutto in relazione all'attività delle giunte vacciniche comunali[14] e dei medici incaricati di eseguirle. È da sottolineare che quando si parla di attività medica nei Comuni non ci si riferisce certamente ai luminari della scienza medica, poco partecipi della drammatica situazione delle popolazioni del sud, bensì all'opera dei medici condotti

[12] Cfr. in proposito gli atti della giornata di studio *Gli archivi comunali della Campania: realtà e prospettive. L'intervento statale e regionale tra emergenza e programmazione* svoltasi a Napoli il 1 dicembre 1993, pubblicati nel 1995 dalle Edizioni Scientifiche Italiane nel volume dal titolo *Gli archivi comunali della Campania*, a cura di F. De Negri. Nel panorama di degrado offerto dagli archivi comunali campani una eccezione è rappresentata dal comune di Sarno, dotato di un archivio ben ordinato e valorizzato; un contributo importante all'individuazione di fonti comunali per la storia sanitaria nel territorio sarnese è stato offerto di recente dalla responsabile dell'archivio, Raffaella Buonaiuto, con un contributo dal titolo *La cura del fuoco di S. Antonio: l'antico ospedale «S. Antonio Abate» di Sarno* in *«Il Patrimonio del Povero». Istituzioni sanitarie, caritative, assistenziali ed educative in Campania dai XIII al XX secolo* a cura di M. Sessa, Napoli, Fiorentino, 1997, pp. 147-151.

[13] In caso di emergenze epidemiche le strutture di ricovero erano il più delle volte improvvisate in qualche chiesa sconsacrata o in edifici abbandonati: in sostanza si tendeva ad isolare gli ammalati più che a curarli.

[14] Nel Settecento le difese contro il vaiolo divennero efficaci grazie alla vaccinazione sostenuta dal medico inglese Edward Jenner, introdotta nel regno di Napoli dal dottor Marshall, anch'esso britannico, e diffusa in tutto il regno col favore di Ferdinando IV di Borbone, che la rese obbligatoria nel 1802.

o «condottati» secondo la terminologia dell'epoca, che venivano nominati dal decurionato e percepivano uno stipendio annuo in relazione alla classe del comune dove esercitavano[15].

Ma se alle epidemie di vaiolo si offriva l'argine, ancora modesto, della vaccinazione, di nessuna arma la medicina dell'epoca disponeva per affrontare il flagello delle epidemie coleriche; una fonte ancora inesplorata per valutare le conseguenze della grande epidemia nell'epoca della Restaurazione sono le deliberazioni del decurionato e gli incartamenti relativi alla costruzione e gestione dei cimiteri[16].

Per quel che riguarda le istituzioni di assistenza e beneficenza i percorsi di ricerca sono molto più ricchi: negli archivi aggregati delle Congregazioni di carità e dell'ECA, così come nelle carte delle Commissioni amministrative comunali di beneficenza[17] una gran quantità di documenti attende di essere i portata alla luce per definire meglio il quadro della carità e della beneficenza laica, fin nel più sperduto comune campano e meridionale in genere.

Le fonti ecclesiastiche: la tradizione sanitaria medievale e moderna nei documenti dell'abbazia benedettina di Cava dei Tirreni

La posizione geografica di Salerno nel cuore del mediterraneo ha posto la città, per i secoli dell'alto medioevo, in un punto nodale di traf-

[15] Non è raro il caso di decurionati che rifiutavano di accollarsi una tale spesa. I medici condotti non erano gli unici operatori sanitari dei comuni, accanto ad essi c'erano levatrici, salassatori e farmacisti.

[16] Fino agli anni quaranta dell'Ottocento era ancora generale in tutto il regno l'uso antichissimo di seppellire i defunti negli ipogei delle chiese, nelle «terresante» delle congregazioni; questo tipo di inumazione soddisfaceva però sia il sentimento religioso, che l'aspirazione ad assicurarsi una estrema dimora considerata tradizionalmente confortante. Se gli ipogei delle chiese e confraternite erano in realtà sotterranei privi di ventilazione, che emanavano esalazioni mefitiche, rappresentavano comunque una sepoltura dignitosa, riservata al privilegiati. Ai poveri che non potevano pagarsi il sepolcro in chiesa restava soltanto la fossa comune, in cui venivano anche inumati i corpi dei morti in ospedali e prigioni, i resti che nessuno reclamava. Prima dell'istituzione dei cimiteri comunali, le fosse rappresentavano, «se non il luogo del disonore, l'ultimo albergo dei derelitti».

[17] Costituite durante il decennio francese (r.d. 16 ottobre 1809), conservate dalla restaurazione borbonica, erano costituite di tre membri; ad esse furono sottoposti i luoghi pii, stabilendo che «in ogni Comune del Regno l'amministrazione dei luoghi pii sarà considerata come una sezione dell'amministrazione municipale» (art. 5 r.d. 2 dicembre 1813); cfr. G. Landi, *Istituzioni di diritto pubblico del Regno delle Due Sicilie*. Milano, Giuffrè, 1977, tomo II, pp. 826-834.

fici, al centro di importanti scambi con l'Oriente e l'Africa per il tramite di Amalfi e della Sicilia. La celebratissima Scuola medica salernitana trae la sua origine dalla varietà del panorama culturale della Salerno altomedievale, nasce alla confluenza di diverse culture nel medesimo crogiuolo[18].

Anche il grande rinnovamento culturale legato al fenomeno del monachesimo benedettino esercitò un ruolo importante nell'evoluzione degli studi scientifici e della prassi medica. L'*ars medica* arricchì il suo bagaglio di cognizioni empiriche grazie certo all'opera di medici laici, talvolta anche donne, che svolsero la loro professione dapprima in maniera isolata ed empirica, poi attraverso forme associative[19]; ma non è da sottovalutare l'apporto pratico-scientifico dell'attività assistenziale e più propriamente ospedaliera che si svolgeva nell'infermeria dei monasteri.

È proprio una esperienza monastica benedettina, quella della comunità abbaziale della Ss. Trinità di Cava dei Tirreni, che offre gli spunti necessari a scorgere la genesi degli ospizi-ospedali. Il monastero fu fondato nell'XI secolo dal monaco Alferio, nobile salernitano ed uomo di corte del principe di Salerno Guaimario III[20]. Il piccolo cenobio ben presto si arricchì, grazie al favore dei principi di Salerno; nel corso di pochi decenni si costituì il primo nucleo di un ingente patrimonio fondiario che nel XIII secolo avrebbe toccato il suo culmine: il dominio temporale dell'abbazia si estese infatti su circa centoventi città, borghi, castelli, oltre ad otto porti sulle coste del basso Tirreno, mentre il dominio spirituale si estendeva su circa quattrocentottanta tra abbazie, monasteri, obbedienze, priorati, chiese e parrocchie[21].

---

[18] La leggenda attribuisce la fondazione della scuola medica a quattro maestri, l'ebreo *Helinus*, il greco *Pontus*, l'arabo *Adela* ed il latino *Salernus*.

[19] I più recenti studi parlano infatti di«scuole salernitane di medicina«, fino all'organizzazione istituzionalizzata dettata nel 1231 da Federico II nelle costituzioni di Melfi, che dichiarava la Scuola medica salentitana unica nel regno; cfr. G. Vitolo, *Dalle scuole salernitane di medicina alla Scuola Medica Salernitana*, in *Studi di storia meridionale in memoria di Pietro Laveglia*, Salerno 1994, pp. 13-30.

[20] L'opera più esaustiva sulla storia dell'abbazia resta ancor oggi P. Guillaume, *Essai historique sur l'abbaye de Cava*, Cava dei Tirreni 1877.

[21] Ma lo splendore ben presto si avviò alla decadenza spirituale e temporale del dominio abbaziale che visse due gravissime crisi: la prima tra il XV e XVI secolo, in coincidenza con la creazione degli abati commendatari (molto lontani da una ideale figura di ascetici uomini di chiesa) determinata dalla ridefinizione del ruolo delle comunità monastiche, oltre che al superamento della loro organizzazione della proprietà. Il superamento di questa crisi fu dovuto all'in-

L'abbazia della Ss. Trinità di Cava è oggi monumento nazionale e la conservazione del suo notevole ed antico patrimonio culturale, frutto della sua esistenza plurisecolare, è affidato alla piccola comunità monastica ivi residente.

Comunità monastica che custodisce un patrimonio documentario importantissimo, per consistenza e varietà[22]; la documentazione riguarda territori dell'Italia meridionale che hanno fatto parte per lungo tempo, a volte sin dall'alto medioevo, del patrimonio fondiario dell'abbazia: i territori del circondario di Cava, le zone del Cilento, i domini pugliesi, lucani, dell'Irpinia.

Per il particolare tema che ci siamo proposti di esplorare, i documenti cavensi costituiscono una fonte straordinaria: dalle carte emerge costantemente il rispetto della comunità benedettina cavense per la Regola in cui S. Benedetto aveva disposto: «*Infirmorum, infantum, hospitum pauperumque cum omni sollecitudine curam gerat*». Fu quindi il rispetto della regola, unito alla considerazione dei tanti pellegrini che avevano individuato nell'abbazia una delle mete regionali sin dal tempo dei fondatori, a dettare la necessità della costruzione di un ospedale per gli indigenti ed i pellegrini, a cui l'abate beato Marino destinò una parte delle ricchezze del monastero[23]. Naturalmente bisogna intendersi sulla natura di questi «ospedali» che furono le istituzioni caritativo-assistenziali tipiche del medioevo. L'ospedale svolgeva contemporaneamente le

---

gresso, nel 1497, del monastero nella congregazione di S. Giustina da Padova, concretizzandosi nella rivendica dei diritti di possesso e proprietà, preceduta ed accompagnata da una fase di ricerca su antichi privilegi, concessioni, esazioni di rendite. La crisi successiva, circa un secolo dopo, si esplicò in un lento stillicidio di risorse umane e materiali che giunse al suo punto più basso nel 1662, quando l'abbazia fu retrocessa a priorato, condizione da cui uscì un anno dopo, riacquistando il titolo di abbazia, a costo però di ingenti vendite per ripianare i debiti. La seconda rinascita, nel corso del sec. XVIII, ebbe caratteristiche eminentemente culturali, con la creazione di accademie ed il rilancio dell'insegnamento nel seminario, attività che permisero di superare senza molti danni il periodo del Decennio francese, quando l'abbazia fu trasformata in Stabilimento nazionale.

[22] Per illustrarne la ricchezza bastano poche cifre: 15.297 pergamene latine (792-1834), 8.618 unità archivistiche cartacee (cartelle e registri per la maggior parte non inventariati), sessantacinque manoscritti pergamenacei, cinquecento manoscritti cartacei, ventinove volumi di visite pastorali (1500-1934), otto volumi di bolle papali (1607-1927), diciassette registri di atti compiuti dagli abati cavensi in qualità di amministratori della diocesi dell'abbazia, detti «Registri communi» (1409-1944).

[23] «*au souiagement des pauvres, des infirmes, et meme à l'ensevelissement des malades qui mouraient dans les hospices que les rehgeur desservaient*». P. GUILLAUME, *Essai historique*... cit., p. 162; inoltre alle pp. 119, 175, 239, 258, LXVIII.

funzioni di centro di ricovero, di ente distributore di elemosine, di luogo di cura medica. La medicalizzazione rappresentò, però, l'aspetto meno importante, e solo nei secoli successivi divenne predominante, trasformando gli ospedali in luoghi di cura modernamente intesi[24]; in realtà l'ospedale-ospizio medievale non fa riferimento alle patologie dei ricoverati, giungendo solo nel corso del XV secolo ad una sorta di specializzazione, attraverso un processo 'spontaneo' nella prassi quotidiana che spinse a privilegiare un settore particolare dell'assistenza[25].

Per quel che riguarda l'ospedale-ospizio del monastero cavense — che si caratterizza per il suo essere istituzione creata ed amministrata da un ordine religioso, nata probabilmente per ospitare i pellegrini — la prima notizia certa sulla sua esistenza si ritrova nel più antico codice cartaceo dell'abbazia (registro dell'abate Tommaso) in cui viene riportata alla data del 1262 la convenzione tra l'abate e il *magister* Giovanni Scalzo per la costruzione di quattro camere *in fabrica ubi dicitur hospitale*[26]. Nel corso degli anni le risorse da destinare all'assistenza sanitaria si arricchiscono grazie a donazioni, come quella di papa Celestino V del 1294 che destina le rendite della chiesa di S. Maria *ad Pao* di Nocera ad uso degli infermi «*ut subventionis refocillatione gaudeant quos infirmitatis aculeus et egestatis affligit*»[27].

Dalla metà del XIV secolo non si hanno più notizie sull'attività del-

[24] Il processo non fu lineare ed univoco, come dimostrano le strutture assistenziali della prima età moderna. La «plurifunzionalità» fu uno degli elementi caratterizzanti gli ospedali medievali; risulta chiaro che si trattava di enti che non tendevano ad individuare una propria competenza precisa, ma al contrario a comprendere, il più ampiamente possibile, tutte le necessità dei bisognosi. Fu proprio la non specializzazione a caratterizzare l'attività dei numerosi ospedali fondati fra il XII ed il XIII secolo; peraltro l'indeterminatezza di funzioni consentì agli ospedali, almeno sino aila prima metà del XIV secolo, di adattarsi a situazioni e realtà sociali assai diverse e profondamente mutate nel tempo. Cfr. la documentatissima opera, pur se riferita ad altre zone d'Italia, di G. Albini, *Città e ospedali nella Lombardia medievale*, Bologna, CLUEB, 1993.

[25] Esistevano però due tipologie morbose particolari, nei quali la specializzazione era 'assoluta': nel caso dei malati di lebbra e dei malati di peste, per i quali furono predisposti luoghi di ricovero idonei; cfr. G. Albini, *Guerra, fame,-peste. Crisi di mortalità e sistema sanitario nella lombardia tardomedievale*, Bologna 1982; G.M. Varanini-G. De Sandre Gasparini, *Gli ospedali 'malsani' nella società veneta del XII e XIII secolo*, in *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV, atti del XII convegno del Centro Italiano di studi e di storia e di arte di Pistoia, Pistoia 1990, pp. 141-200.*

[26] Il testo dell'intero codice è trascritto in P. Ebner, *I rapporti economico-sociali di Cava nel XIII secolo attraverso il suo più antico codice cartaceo* in«Ricerche di storia sociale e religiosa«, I (1972).

[27] P. Guillaume, *Essai historique...*, cit., p., LXVIII.

l'ospedale-ospizio[28]; le ultime le ricaviamo da un manoscritto dal titolo *Descrizione dello stato, sito e fondazione della Collegiata Chiesa S. Maria Maggiore sive della Terra del Corpo di Cava*[29], cioè del borgo fortificato da epoca antichissima che soprasta l'abbazia. Presso la chiesa di S. Maria Maggiore era incardinata la confraternita dello Spirito Santo che ottenne, nel 1422 dall'abate *Sagax de Comitibus*, l'amministrazione dell'antichissima cappella della Ss. Annunziata, nell'edificio ove anticamente vi era l'ospedale[30].

È giusto il caso di accennare che, sempre in ambito sanitario anche se non riferito al territorio salernitano, ampia fortuna in passato hanno ricevuto le trattazioni storiche relative alla fondazione da parte dei monaci cavensi dell'ordine dei Cavalieri di S. Giovanni di Gerusalemme, poi di Rodi ed infine di Malta[31].

Nella ricostruzione operata da L. Mattei Cerasoli, con il contributo delle pubblicazioni di vari studiosi[32], si sostiene che i commercianti amalfitani rialzarono a proprie spese, dopo averla riscattata dal califfo di Egitto, la chiesa e l'annesso monastero di S. Maria Latina, affidandoli poi a monaci benedettini che gli amalfitani vi avevano fatto venire *ex partibus suis*. Il riferimento alle località vicine alla Repubblica amalfitana

---

[28] Si continua a parlare invece dell'*infirmaria* che dal 1528, sotto il governo dell'abate Girolamo de Guevara, si arricchì di numerose celle e diverse dipendenze, situandosi nel corpo abbaziale; dal 1588, sotto il goveno dell'abate Vittorino Manso, fu costruita *l'infirmaria nova*, ma non si hanno notizie della sua collocazione.

[29] Manoscritto di M. Salzano, ormai perduto, di cui resta nell'archivio cavense una trascrizione realizzata da S. Leone.

[30] L'aggettivo antichissima fa supporre che da almeno un secolo nell'edificio non si svolgessero più le attività sanitarie e di ricovero degli infermi e dei poveri, in coincidenza quindi con la decadenza della potente istituzione ecclesiastica anche sul piano locale, sostituita dallo sviluppo della cittadina di Cava, dove infatti tendono a radicarsi le istituzioni di carità e sanitarie. La concessione di *Sagax de Comitibus* ci fornisce preziose informazioni relative alla collocazione dell'ospedale: «fuori le mura, presso la porta ora distrutta, sulla strada che conduce al borgo, poco discosto dal fiumicello e fontana detto «di Gegnulo». L'edificio è ancor oggi esistente.

[31] Ordine che «ha diviso la sorte comune a quasi tutte le istituzioni celebri: i suoi inizi ebbero luogo in condizioni talmente umili ed oscure, che è faticoso ritrovarne la traccia. G. Saige, *De l'ancienneté de l'Hopital de S. Jean de Gerusalem* in Bibl. de l'école des Chartes, V ser. V (Paris 1864), p. 532 citato da L. Mattei Cerasoli nel suo documentato opuscolo intitolato *L'origine dei Cavalieri Ospitalieri di S. Giovanni di Gerusalemme e la Badia di Cava*.

[32] Vedi nota precedente; Mattei Cerasoli cita in particolare Delaville le Roulx, *De prima origine Hospitalaliorum Hiernsolymitanorum*, Parisiis, apud Thorin, 1885 ed il manoscritto dell'abate Alessandro Ridolfi, composto probabilmente nel 1582 ed attualmente custodito nell'archivio abbaziale.

farebbe individuare nella potente abbazia cavense il luogo di provenienza dei monaci cui fu affidata la cura della chiesa e monastero in Gerusalemme; i monaci ben presto, avendo compassione dei pellegrini affamati e malati allestirono un ospedale, dove nutrire i poveri infermi sottraendo il necessario al proprio sostentamento[33].

Comunque sia, nella lontana Palestina così come nei vicinissimi territori cavensi, le possibilità di assistere poveri, malati, pellegrini non dovettero certamente mancare in un'epoca che esponeva alla miseria anche le famiglie di possidenti quando venivano colpite da veri e propri flagelli (carestie, epidemie, guerre) o da sventure che ne segnavano il destino[34].

Le fonti in pericolo: gli archivi degli ospedali e delle unità sanitarie locali

In provincia di Salerno esistono ben quindici ospedali[35], alcuni dei quali molto antichi; purtroppo, insieme con il piccolo archivio ospedaliero di Oliveto Citra[36] e l'archivio ottocentesco del manicomio di Nocera[37], l'unico archivio ospedaliero pervenuto pressocché integralmente sino a noi è quello di Cava dei Tirreni[38].

---

[33] A capo di tale servizio fu posto un laico, probabilmente il venerabile frate Gerardo, riconosciuto come primo Gran Maestro degli ospitalieri. Mattei Cerasoli avvalora la tesi che frate Gerardo fosse originario di Scala, proveniente dalla famiglia Sasso, in antitesi a quanto sostengono altri studiosi che assegnano alla Francia i natali del I Gran Maestro.

[34] Come nel caso di Rogata, vedova di Deusdedi ed orfana di Sicone (*Codex Diplomaticus Cavensis*, IX, a cura di S. LEONE-G. VITOLO, Badia di Cava 1984, pp. 13-16), donna senza marito e padre e con figli minorenni che non riusciva perciò ad integrare il regime alimentare con i prodotti della caccia e del bosco (di cui è stata mostrata l'indispensabilità da M. MONTANARI, *L'alimentazione contadina nell'alto Medioevo*, Napoli 1979) e costretta perciò a vendere della terra per non morire di fame.

[35] Gli ospedali sono: «S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona e Giovanni da Procida» a Salerno, «Umberto I» a Nocera Inferiore, «Villa Malta» a Saino, «A. Tortora» a Pagani,«M. Scarlato» a Scafati, «S. Maria della Speranza» a Battipaglia, «Maria SS. Addolorata» ad Eboli, «S. Francesco d'Assisi» ad Oliveto Citra, «S. Luca» a Vallo della Lucania, «S. Maria Incoronata dell'Olmo» a Cava dei Tirreni, «Curteri» di Mercato San Severino, gli ospedali civili di Roccadaspide e Sapri e l'ospedale psichiatrico «Vittorio Emanuele II» di Nocera Inferiore.

[36] Manca nota.

[37] G. SALOMONE-R. ARNONE, *Un crogiuolo di attività: ricerca scientifica ed assistenza psichiatrica nel manicomio «Vittorio Emanuele II» di Nocera Inferiore*, in *«Il Patrimonio del Povero». Istituzioni sanitarie, caritative, assistenziali ed educative in Campania dal XIII al XX secolo*, a cura di M. SESSA, Napoli, Fiorentino, 1997, pp. 103-110.

[38] L'ospedale di S. Maria dell'Olmo trae la sua origine da un piccolo ospizio-ospedale fondato

La raccolta archivistica prodotta dall'attività di questo ente tra XV e XX secolo è attualmente custodita al I piano del presidio ospedaliero di S. Maria dell'Olmo e rappresenta, si diceva, uno dei pochi archivi sanitari campani sfuggiti all'ingiuria del tempo ed all'incuria degli uomini.

Il lavoro di riordino e la prossima pubblicazione dell'inventario, a cura di chi scrive, permetteranno di conoscere un'istituzione nata per lenire le sofferenze e le miserie dei poveri, di quella umanità «senza volto e senza storia» che nel corso dei quattro secoli della sua storia ha affollato le sue poche, a volte insalubri, stanze; un'istituzione che grazie a lasciti testamentari e donazioni costituì un ingente patrimonio, che eguagliò (fino forse a superare) quello di enti ecclesiastici di più antiche origini[39].

L'archivio storico dell'ospedale di S. Maria dell'Olmo ha caratteristiche uniche nel panorama degli archivi ospedalieri campani, in considerazione della sua complessità, consistenza ed antichità. Numerose quindi le possibilità di ricerca che la documentazione offre agli studiosi, la più importante legata allo studio degli«utenti»: i poveri ammalati, di cui è possibile ricostruire i profili, pur nelle scarne indicazioni offerte dalla documentazione fin dal loro ingresso nell'ospedale[40].

L'assistenza sanitaria era prevalentemente affidata a confratelli, secondo regole che poco mutarono nel tempo; l'attento studio dei registri di amministrazione dell'ospedale può rivelare significativi elementi riguardo al fabbisogno alimentare dei degenti, all'acquisto di suppellettili e di strumenti chirugici, così come le prescrizioni delle medicine somministrate agli infermi sono rintracciabili nella serie dei «Ricettari» dal 1649 al 1871, rivelando quali erano le attività più squisitamente terapeutiche svolte nel nosocomio.

---

presso la cappella dedicata alla Vergine dell'Olmo dalla confraternita di S. Maria della Pietà e dell'Olmo, poi divenuta del Ss. Nome di Dio. Notizia della fondazione si ricava dai protocolli notarili custoditi presso l'abbazia della Ss. Trinità di Cava che assegnano al 1428 la fondazione dell'ospedale.

[39] Un importante settore di ricerca è quello relativo alle vicende del patrimonio mobiliare e soprattutto immobiliare, quest'ultimo concentrato — oltre che nella valle metelliana — a Napoli.

[40] Attraverso preziosissimi «Registri degli Infermi», — il più antico dei quali risale agli anni 1608-1626 ed ha il titolo di «Registro di coloro che entravano nell'Ospedale per curarsi e della loro sortita e morte» , si riesce a ricostruire fino al 1818 il nome dei degenti, la data di ingresso, la loro provenienza, il sesso, il mestiere, la malattia da cui sono affetti e l'esito delle cure: «la loro sortita o morte».

La prima grande crisi vissuta dall'istituzione ospedaliera (e dalla congregazione e dal Monte) si verificò al tramonto del XVIII secolo, in seguito dell'opera di razionalizzazione e riordino effettuata dai nuovi governanti nel Decennio francese. La sperimentazione di nuove forme di gestione del potere e della stessa assistenza sanitaria può essere rintracciata in numerosi documenti dell'archivio, questa volta da collegare con i coevi documenti dell'archivio municipale di Cava dei Tirreni. Un elemento appare evidente: la successiva restaurazione della dinastia Borbone, in questo come in altri settori, non modificò il forte accentramento impresso alla gestione dell'assistenza sanitaria e della carità pubblica, aggiungendo solo, con il passare degli anni, una accentuata tendenza alla burocratizzazione. A seguito dell'Unità d'Italia, e soprattutto dei decreti del 1861 sulla soppressione degli ordini religiosi, il timore di una soppressione prevedibile spinse la pia arciconfraternita del Ss. Nome di Dio e di S. Maria Incoronata dell'Olmo ad ottenere nel 1865 un regio decreto per l'erezione in ente morale, assumendo la denominazione di «Comitato Cittadino di Carità», con il compito precipuo di provvedere al mantenimento dell'ospedale, compito svolto sino al 1968, con la legge sull'autonomia ospedaliera. Da questa data il Comitato cittadino di carità non ha avuto più nessuna funzione nel governo dell'ospedale, ma si è assunto l'importante compito di preservare la memoria della sua storia; solo grazie al sodalizio[41] è stato possibile preservare il patrimonio archivistico, sottraendolo alle dispersioni che negli ultimi trenta anni hanno pressocché distrutto gli altri archivi ospedalieri provinciali.

Ancora peggiore, rispetto agli archivi ospedalieri, è la situazione della documentazione appartenuta alle ex usl; questi archivi — oggi confluiti negli archivi delle aziende sanitarie locali (asl), costituendone la documentazione più numerosa negli archivi di deposito — hanno sempre rappresentato un grave problema per la vigilanza archivistica, come ben hanno illustrato alcuni relatori a questo convegno[42]. Solo nel corso del 1996 l'attività di censimento ha ricevuto una grande accelerazione e

[41] Ed in particolare all'opera del suo governatore capo, dott. Elia Clarizia.

[42] Cfr. l'intervento di P. Bozzani, *Le recenti trasformazioni Istituzionali degli enti sanitari e la vigilanza archivistica: il caso Puglia.* Nella provincia di Salerno dal 1992 numerosi sono stati i sopralluoghi presso le unità sanitarie locali, ma i tentativi volti a sensibilizzare i dirigenti ad una migliore tenuta degli archivi sono tutti miseramente falliti.

conseguito migliori risultati grazie alla collaborazione dei responsabili della ASL «Salerno 2», che hanno deciso la realizzazione di un progetto di produttività volto alla conoscenza degli archivi presso le strutture dell'azienda, al fine di poterne avviare la sistemazione[43].

Per ciascuna delle strutture sanitarie sono stati rilevati il luogo di conservazione, le condizioni dei locali, delle attrezzature, lo stato di conservazione delle carte, lo stato di ordinamento della documentazione, i metri lineari occupati, i metri lineari necessari; una apposita area per le osservazioni registra situazioni di particolare degrado o documenti particolarmente antichi. I risultati del censimento, giunto nelle fasi finali, saranno importantissimi sia dal punto di vista storico, per una stima del patrimonio documentario di una importante struttura sanitaria, sia come materiali per lo studio dei flussi informati all'interno dell'asl, primo passo per una ormai ineludibile informatizzazione dei servizi.

Naturalmente è impensabile che questa importante attività di censimento possa essere estesa a tutto il territorio provinciale e regionale senza la collaborazione delle strutture regionali, a tutt'oggi purtroppo assolutamente sorde a qualsiasi sollecitazione.

[43] Il progetto, cui hanno partecipato diciotto unità lavorative, divise in tre squadre, ha permesso di visitare le ottantasette strutture sanitarie dell'azienda, sparse nel territorio, consentendo di censire 6.932 ml di documenti. Il progetto prevedeva inoltre la sistemazione dell'archivio presso le funzioni centrali, con particolare riferimento ai documenti degli anni 1982-1994; si è provveduto quindi alla schedatura e sistemazione di circa cinquemila unità archivistiche.

APPENDICE

Codice	Denominazione della fonte		Estremi cronologici	Consistenza
00052	COMUNE DI AULETTA			
	Congregazione di Carità			
		Deliberazioni	1890-1923	4
		Inventari	1874-1895	4
		Atti vari	1857-1871	5
	Ente Comunale di Assistenza			
		Atti vari	1948-1974	4
00099	COMUNE DI CANNALONGA			
	Ente Comunale di Assistenza			
		Atti vari	1946-1965	3
00100	COMUNE DI CAPACCIO			
	Congregazione di Carità			
		Deliberazioni	1887-1927	1
	Ente Comunale di Assistenza			
		Atti vari	1920-1937	31
00114	COMUNE DI CASALVELINO			
	Congregazione di Carità			
		Atti vari	1906-1937	1
	Ente Comunale di Assistenza			
		Deliberazioni - brogliaccio	1973-1978	2
		Protocollo corrispondenza	1935-1969	1
		Componenti - elenco	1971-1975	1
00139	COMUNE DI CASTELCIVITA			
	Congregazione di Carità			
		Deliberazioni	1913-1927	1
	Ente Comunale di Assistenza			
		Atti vari	1940-1977	13
00167	COMUNE DI CETARA			
	Congregazione di Carità			
		Contabilità	1912-1916	3
	Ente Comunale di Assistenza			
		Deliberazioni	1937-1966	8

Codice	Denominazione della fonte	Estremi cronologici	Consistenza
00171	COMUNE DI CICERALE		
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1930-1932	1
	Contabilità	1894	1
	Inventari beni e concessioni	1902-1922	3
	Giornale di cassa	1930	1
	Corrispondenza	1930	1
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1939-1976	3
00178	COMUNE DI CONCA DEI MARINI		
	Amministrazione di beneficenza		
	Conservatorio delle monache	XVII-1854	4
	Congregazione di Carità ed Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1932-1943	1
	Protocollo corrispondenza	1872-1904	2
00230	COMUNE DI GIUNGANO		
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1899-1935	1
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1975-1978	2
	Deliberazioni - brogliaccio	1968-1979	1
	Bilanci di previsione	1974-1978	1
	Mandati di pagamento	1970-1976	3
	Libri mastri	1974-1978	1
	Atti vari	1978	2
	Protocollo corrispondenza	1975-1976	1
00241	COMUNE DI ISPANI		
	Ente Comunale di Assistenza		
	Atti vari	1965-1976	3
00262	COMUNE DI MAIORI		
	Amministrazione di beneficenza		
	Chiesa di S. Maria delle Grazie	1581	1
	Congregazione di Carità ed Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1928-1949	1

Codice	Denominazione della fonte	Estremi cronologici	Consistenza
00279	COMUNE DI MINORI		
	Ente Comunale di Assistenza		
	Protocollo di corrispondenza	1956-1978	1
	Atti vari	1928-1952	27
00315	COMUNE DI NOCERA SUPERIORE		
	Amministrazione di beneficenza e Congregazione di Carità		
	Cat. I - Amministrazione	1827-1934	7
	Cat. II - Opere pie	1724-1932	6
	Cat. III - Sanità	1836-1923	1
	Cat. IV - Finanze	1772-1938	51
	Cat. V - Culto	1722-1906	1
	Cat. VI - Pubblica istruzione	1873-1926	1
	Cat. VII - Lavori	1832-1923	1
	Cat. VIII - Corrispondenza	1851-1936	1
	Deliberazioni, protocolli di corrispondenza, registri di contabilità	1851-1937	26
	Ente Comunale di Assistenza		
	Atti vari	1927-1970	21
00365	COMUNE DI POLLICA		
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1891-1932	2
	Atti soggetti a registrazioni	1907-1927	2
	Cassa di prestanza agraria	XIX secolo	1
	Confraternita di S. Maria delle Grazie e Monte dei Morti	1887-1889	2
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1938-1973	1
	Protocolli di corrispondenza	1937	1
	Atti vari	1939-1969	30
00399	COMUNE DI ROCCADASPIDE		
	Amministrazione di beneficenza		
	Conservatorio di S. Maria di Loreto	1728-1831	2
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1884-1939	3
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1942-1954	3
	Atti vari	1940-1960	38

Codice	Denominazione della fonte	Estremi cronologici	Consistenza
00402	COMUNE DI ROCCAPIEMONTE		
	Congregazione di Carità ed Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1910-1965	4
	Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione	1927-1942	1
	Protocolli di corrispondenza	1932-1979	4
	Verbali verifica di cassa	1946-1954	1
	Libri mastri	1952-1955	2
	Conti consuntivi	1952-1969	5
	Bilanci di previsione	1955	1
	Verbali per il soccorso invernale	1958-1962	2
	Assistiti continuativi	1959	1
	Domande di assistenza	1959-1969	2
	Atti vari	1930-1977	34
00406	COMUNE DI ROFRANO		
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1906-1923	1
	Bilanci	1852-1857	1
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1943-1960	1
	Contabilità	1955-1977	12
00407	COMUNE DI ROMAGNANO AL MONTE		
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1903-1934	2
00426	COMUNE DI SAN GIOVANNI A PIRO		
	Congregazione di Carità ed Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1915-1926	1
	Bilanci	1941-1943	3
	Baliatico	1915	1
	Elenco poveri	1938-1949	12
	Atti vari	1949-1957	2
00434	COMUNE DI SAN MANGO PIEMONTE		
	Ente Comunale di Assistenza		
	Atti vari	1965-1976	7

Codice	Denominazione della fonte	Estremi cronologici	Consistenza
00450	COMUNE DI SAN PIETRO AL TANAGRO		
	Congregazione di Carità		
	Protocolli di corrispondenza	1919-1942	1
	Deliberazioni	1933-1937	1
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1937-1959	1
	Conti	1950-1955	1
	Atti vari	1940-1950	4
00455	COMUNE DI SAN RUFO		
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1863-1918	2
	Protocolli di corrispondenza	1863-1936	2
	Atti vari	1925-1937	2
	Ente Comunale di Assistenza		
	Atti vari	1932-1973	9
00477	COMUNE DI SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO		
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1906-1915	1
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1939-1948	1
	Bilanci di previsione	1974-1976	1
	Mandati di pagammento	1942-1974	24
	Giornali di cassa	1964-1976	5
00489	COMUNE DI SAPRI		
	Congregazione di Carità ed Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1926-1947	1
	Atti vari	1961-1979	3
00538	COMUNE DI TORRE ORSAIA		
	Congregazione di Carità		
	Deliberazioni	1913-1934	1
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1941-1965	1
	Contabilità	1951-1956	4
	Atti vari	1940-1972	11
00544	COMUNE DI TRENTINARA		
	Ente Comunale di Assistenza		
	Deliberazioni	1965-1979	1
	Protocolli di corrispondenza	1967-1971	1
	Conti consuntivi	1955-1974	2
	Bilanci e mandati di pagamento	1974	1

MARIA AURORA TALLARICO

L'anamnesi (o della memoria storica)

Il suggestivo etimo della parola anamnesi, dal greco *ana mimnesco*: ricordo, ho memoria, rievoca il primitivo significato che assumeva nella filosofia platonica, di atto conoscitivo determinato dalla reminiscenza delle idee che l'anima aveva contemplato nell'iperuranio prima che si incarnasse nell'organismo corporeo.

Il termine *anamnesis* inoltre, nel linguaggio dei teologi e liturgisti, indica quella parte del canone che celebra l'eucarestia, secondo il comando dato da Gesù: "Fate questo in memoria di me". Non si tratta, per il credente, di un semplice ricordo soggettivo, intellettuale o spirituale, ma di un memoriale pieno della presenza reale e sacramentale del Cristo: nell'"oggi" della celebrazione vien fatta memoria del passato, e l'attualizzazione del ricordo indica il futuro e anticipa la salvezza finale.

E se nell'accezione medica lo stesso termine significa indagine volta a conoscere i precedenti fisiologici e patologici del paziente e dei suoi familiari a scopo diagnostico, si intuisce come il flusso delle informazioni che emergono nel dialogo tra medico e paziente sia il frutto di una "reminiscenza", un processo attivo di "memoria storica", che ricostruisce un passato in cui può già intravedersi il destino dell'uomo.

La malattia non ha solo un "momento", quello della sua comparsa: i tre tempi della vita dell'uomo, passato, presente e futuro, condensati nel momento cruciale della malattia, si riconoscono nei tempi della anamnesi, della diagnosi, della prognosi[1].

Momento estremamente delicato dunque, quello dell'anamnesi, denso di ricadute sulle successive fasi della compilazione della cartella clinica e

[1] G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari, Laterza, 1987, p. 34.

punto di partenza di ogni indagine clinica, ipotesi diagnostica e decisione terapeutica; difficile da codificare con regole e schemi precisi, perché è il momento in cui maggiormente si evidenziano le due "variabili" che sempre insidiano l'oggettività di una scienza, quella medica, che pur non volendo chiamarsi scienza esatta, attende ad essere scienza con un suo grado di *certitude*[2].

Sono queste le due variabili soggettive, il medico da una parte e il malato dall'altra, con tutti i condizionamenti imponderabili della sfera dell'affettività.

Gli aspetti psicologici e le componenti emotive che condizionano il rapporto medico-paziente fin dal contatto iniziale sono numerosi: sesso, età, aspetto esteriore, capacità di eloquio influenzano il modo in cui ognuno appare all'altro e modificano notevolmente la qualità delle informazioni e la successiva formulazione delle ipotesi diagnostiche; in particolare da parte del medico la maturità emotiva, la sensibilità, l'interesse genuino, il rispetto della persona e dei suoi problemi possono scontrarsi con la paura del paziente nei confronti della malattia, lo scetticismo e l'ostilità derivanti da precedenti esperienze negative con i medici, l'ignoranza e la difficoltà ad esprimersi, l'eccessiva dipendenza dall'autorità.

Le due *personae dramatis*, da una parte il medico che interroga, che guarda, che tocca, e che vive il suo dramma di dubbio eziologico, di diagnosi differenziale e di responsabilità terapeutica, e dall'altra il malato che racconta, descrive, spiega, e che patisce l'incubo della malattia, della sua "diversità", che lo respinge ai margini del consesso sociale, i "due attori del dramma" sono idealmente unificati in un contesto di legami culturali, psicologici e contrattuali, rafforzati da un rituale comportamentale storicamente strutturato. Già il *Regimen sanitatis*, o *Flos medicinae scholae Salerni*, una silloge forse operata da Arnoldo di Villanova nel XII sec., così come il *De adventu medici ad aegrotum* dell'Anonimo Salernitano e il *De instructione Medici secundum Archimataeum* offrono uno spaccato significativo del rapporto tra medico e paziente, e insistono sulla importanza dell'anamnesi, che deve essere lunga e accurata affinché le sofferenze e i lamenti confusi del malato possano tra-

[2] P.J.G. Cabanis, *Du degré de certitude de la médicine*, Paris 1799, (trad. it. *Il grado di certezza della medicina*, Bari, Laterza, 1974).

dursi in segni e mezzi di diagnosi; ed anzi, per giungere più facilmente ad una giusta diagnosi, suggeriscono al medico l'astuzia di una anamnesi ...allargata, per così dire: interroghi egli per primo colui che è venuto a chiamarlo, di modo da non essere del tutto all'oscuro della malattia quando giungerà al capezzale del malato, interroghi poi i familiari per conoscere la diagnosi dei medici che l'hanno preceduto. Indaghi poi minutamente sulle abitudini del paziente, sulla sua costituzione, sui mali che in precedenza ha sofferto e sulle vestigia da essi lasciate. Ma soprattutto, secondo la tradizione del *medicus gratiosus* che risaliva a Galeno, sia affabile e paziente, non si mostri né superbo né avido di denaro, sia buon parlatore, di modi e portamento signorile, dignitoso nella persona e nel vestire, faccia dei ragionamenti sottili che ispirino fiducia, si conquisti le simpatie dei familiari, si mostri con volto sereno perché, come la lucerna illumina una casa, così la serenità del medico tramuta in gioia le preoccupazioni[3].

La medicina, alle soglie del Trecento, è già attestata in una sua specifica modalità culturale, e il rapporto medico-paziente si è già fatto professione, con atteggiamenti e forme regolamentate e ideologicamente strutturate sì da garantire, o almeno facilitare, il successo di una prestazione intellettuale di tipo contrattuale[4].

In un'epoca in cui nulla si sapeva di microbiologia, di batteri e di virus, quando le tecniche di rilevamento semeiologico e di diagnosi "chimica" erano ancora rudimentali, non esistendo sfigmomanometro o stetoscopio, né laboratorio di analisi o gabinetto radiologico, l'approccio anamnestico accurato e prolungato era destinato a vicariare, o almeno ad integrare, la raccolta dei dati cosiddetti "obiettivi". I sintomi riferiti dal paziente, anche se spesso prolissi ed aleatori, i suoi racconti e lamenti confusi ed imprecisi si devono trasformare in mezzi di diagnosi grazie alla sola esperienza personale del medico, che ascolta e che guarda il malato, che osserva il suo polso e conta "almeno fino alle cento pulsa-

[3] *Regimen sanitatis, Flos medicinae scholae Salerni*, trad. e note di A. Sinno, Salerno, E.P.T., 1941, pp. 352, 564; Anonimo Salernitano, *De adventu medici ad aegrotrum*, in S. De Renzi, *Collectio Salernitana*, Napoli 1852-1859, II, p. 75; *De instructione Medici secundum Archimataeum, ibid.*, V, in particolare pp. 334, 347-349.

[4] M.A. Tallarico, *Deontologia, dottrina e prassi medica nel tardo Medioevo: una analisi transculturale*, in *Coesistenza di culture nel tardo Mediovo. Atti del settimo seminario italo-canadese sulla storia sociale del tardo Medioevo*, Messina 8-13 giugno 1992, in corso di stampa.

zioni", tocca la sua fronte, ispeziona i suoi escreti e guarda il colore, la sostanza, la quantità della sua orina e l'assaggia financo per determinare la presenza dello zucchero... L'anamnesi, l'ispezione, lo sguardo, sono insieme visita e analisi, approccio clinico ed esame di laboratorio[5].

Ma se virus e batteri non trovano posto nello schema fisiopatologico della dottrina medica medievale, e l'etiologia delle malattie non è quindi facilmente individuabile, tuttavia esse hanno pur sempre delle regole e dei condizionamenti, delle preferenze costituzionali e temperamentali, delle aree geografiche elettive, delle cadenze cronologiche.

Proprio la consapevolezza che le malattie più diffuse sono strettamente collegate con fattori ambientali, economici, sociali, (il livello di comprensione "economico-ecologico" di cui ci parla il Cosmacini[6]) ci riconferma come l'anamnesi, nel ricostruire la storia del malato e del suo modo di vivere nell'ambiente che lo circonda, sia strumento privilegiato di diagnosi.

La correlazione tra ambiente e malattia, già chiaramente individuato nell'antico insegnamento ippocratico, che inseriva il fenomeno della malattia in un concreto sistema di situazioni e condizioni nelle quali si svolge l'esistenza umana, spiega e orienta le "domande" del medico al malato: l'età, il temperamento, il luogo dove abita, i suoi gusti, i suoi costumi, il mestiere esercitato, le malattie del passato: un approccio sistematico, una storia che si compone e si completa attraverso la memoria.

Quanto poi particolarmente possa essere causa, o concausa, di patologie l'attività lavorativa, lo sottolinea Bernardo Ramazzini, che, tra le domande che il medico deve rivolgere al suo paziente, ne privilegia una, che Ippocrate peraltro aveva trascurato e che egli invece reputa fondamentale: "che lavoro fai?". "Questa domanda — egli dice — risulta importante, anzi necessaria, per individuare la causa della sua malattia"[7].

Egli infatti dall'analisi di un caso clinico individuale, la patologia oculistica di un vuotatore di fogne, era passato alla osservazione di questa categoria di lavoratori e si era accorto così che "molti vuotatori di fogne

---

[5] G. Cosmacini, *Storia della medicina...* cit., p. 33.
[6] *Ibid.*, p. 11.
[7] *Ibid.*, p. 214.

erano diventati mezzi ciechi o ciechi completamente"; così come si era accorto che gli ebrei del ghetto "che vanno a raccogliere gli stracci e a rifare i materassi, si ammalano di asma, nausea e vertigini" [8].

Colpito da questa osservazione e deciso ad approfondire la conoscenza delle cause di molte malattie che egli considerava collegate col lavoro, andava in giro per botteghe a interrogare i lavoratori, analizzare le sostanze con cui essi sono a contatto, studiare le posizioni e i movimenti che essi compiono più ripetutamente, gli organi che sono sottoposti a maggiore sforzo; nella sua opera *De morbis artificum diatriba*, pubblicata a Modena nel 1700, sfilano più di una cinquantina di categorie di lavoratori, studiate ciascuna nel suo ambiente di lavoro e nei suoi condizionamenti di vita e vengono trattate sistematicamente le patologie correlate al tipo di lavoro svolto e alle diverse situazioni interne ed esterne al posto di lavoro[9]. Il medico ippocratico è andato oltre Ippocrate: dalla semplice correlazione tra ambiente e malattia il Ramazzini è passato, almeno concettualmente, alla visione epidemiologica delle malattie. Le sue osservazioni, ponendo in primo piano le patologie della *gens popularis* correlate al lavoro, che è mezzo di sostentamento e insieme fonte di malattia, segnano l'occasione storica per la medicina di uscire dalla neutralità del sapere aristocratico ed accademico, e da quella tradizione culturale privatistica e corporativa che ha caratterizzato da sempre l'intellettuale italiano[10]. Compiti nuovi e responsabilità nuove attendono il medico alla soglia dell'Età dei lumi: una strategia di difesa contro le malattie e una politica di prevenzione ed eliminazione delle cause che promuovono le malattie non può farsi senza una indagine collettiva del territorio su cui si vuol operare, senza un osservatorio epidemiologico che stabilisca legami tra malattie e situazioni, che consenta di elaborare a fini statistici le notizie affidate alla "memoria" dei malati e raccolte nella narrazione anamnestica, che da elemento "soggettivo" di-

[8] B. RAMAZZINI, *Le malattie dei lavoratori*, a cura di F. CARNEVALE, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1982, pp. 78-79, 153-154.

[9] M.A. TALLARICO, *La Polizia medica: note storiche sulla medicina pubblica tra Medioevo ed Età moderna*, in "Rendiconti e Atti della Accademia di Scienze mediche e chirurgiche", 1990, CXLIV, parte I, pp. 128-129.

[10] G. PANSERI, *La nascita della polizia medica: l'organizzazione sanitaria*, in *Storia d'Italia*, Annali, III, Torino, Einaudi, 1980, p. 158.

viene dato "oggettivo", e da storia del malato diviene pertanto storia del male.

La medicina disegna così una nuova geografia del dolore, una mappa del rischio in una dimensione collettiva.

Può essere interessante ricordare a questo punto come un medico dell'Ottocento, Francesco Del Giudice, dell'ospedale degli Incurabili di Napoli[11], nel compilare una statistica medica delle malattie acute febbrili curate nell'ospedale di S. Maria della Pace dei PP. Benfratelli nell'anno 1864, elabori personalmente queste idee e costruisca una mappa della città di Napoli, collegando i quartieri cittadini con vari tipi di patologie[12].

Il Del Giudice, dopo aver reso "le debite lodi a tutti i frati Benfratelli, che nell'assistenza degli infermi procurano di conoscere tutte le circostanze *etiologiche*, riguardanti le malattie"[13], afferma che la ricerca delle cause dei morbi, e cioè l'etiologia, è impresa faticosa e piena di pericoli poiché le cause esterne non producono sempre le medesime malattie, e la stessa causa effettua spesse volte diverse specie di morbi, perché le circostanze ne modificano l'azione e il grado[14].

Tra le circostanze etiologicamente più determinanti egli pone l'età del paziente, il temperamento sanguigno, il mestiere esercitato e infine la dimora abituale nelle diverse parti della città.

All'uopo divide la città di Napoli in quattro zone topografiche:

1) la *zona bassa-umida-mefitica*, che comprende i quartieri di Pendino, Mercato e Porto, "dove per le strade tortuose e succide la gente dimora continuamente sia nelle ore di lavoro sia in quelle di riposo in locali male aerati e mefitici"

2) la *zona bassa-umida-palustre*, che dal ponte della Maddalena conduce a borgo Loreto, l'Arenaccia, porta Capuana e Casanova, "parti della città che trovansi esposte alle esalazioni miasmatiche che risultano dai letamai e dalle acque stagnanti e putride raccolte in numerosi fossi"

---

[11] Notizie biografiche su F. Del Giudice in G. Giucci, *Degli scienziati italiani formanti parte del VII Congresso in Napoli nell'autunno del MDCCCXLV*, Napoli 1845, pp. 463-465.

[12] F. Del Giudice, *Statistica medica per l'anno 1864 dell'Ospedale di S. Maria della Pace dei PP. Benfratelli*, in "Rendiconti Accademia medico-chirurgica di Napoli", XIX, 1866, pp. 104-120.

[13] *Ibid.*, p. 105.

[14] *Ibid.*, p. 107.

3) la *zona marittima-ventosa*, "fissata dalla intera spiaggia, estendendosi dal ponte della Maddalena sino a Posilippo, con clima marittimo, nel quale l'atmosfera è soggetta alla facile alternativa dei venti australi caldo umidi"

4) la *zona elevata-ventosa-asciutta*, che comprende le strade di Foria, S. Efrem, S. Maria degli Angeli, i Cinesi, Fonseca, S. Teresa, Infrascata, e, poi Toledo colle vie poste nel quartiere Montecalvario e quelle che dal ponte di Chiaia menano al Petraio e corso Vittorio Emanuele, "siti in cui l'atmosfera secondo le stagioni e lo spirare dei venti influisce per la sua secchezza calda e fredda, e per li rapidi passaggi di questi stati"[15].

Dopo codesta suddivisione, già peraltro indicata negli studi di Salvatore De Renzi[16], e di Michele Sarcone[17], egli sottolinea come la prima, seconda e terza zona della città siano riparate dalla tramontana per le colline di Capodimonte e Capodichino, ma siano investite dai venti grecali che dal Matese vengono freddissimi tra il Vesuvio e Capodichino; che nella quarta zona domina la tramontana, che si apre un varco per la gola di Coroglio, tra le colline del Vomero e le strade di Capodimonte; e che la città tutta in generale è colpita dai venti australi che provengono dal golfo, pieni di vapori acquosi[18].

Confrontando poi i dati statistici da lui stesso raccolti in un registro dei ricoveri ospedalieri per malattie acute febbrili nell'anno 1864, in correlazione con le zone di dimora abituale dei malati oltreché dei mestieri esercitati, egli notò che le forme e il grado di azione di un elemento etiologico sono correlate oltre che all'età, al temperamento e alle malattie pregresse, anche e soprattutto al tipo di lavoro svolto e all'ambiente atmosferico delle diverse zone della città.

Così la provenienza da una zona freddo-umida della città predispone a bronchiti, polmoniti, pleuriti e pericarditi individui come facchini, muratori, ferrari, che per il loro mestiere sono soggetti a rapidi passaggi di temperatura e d'umidità, mentre provoca febbri, angine o meningiti

---

[15] *Ibid.*, p. 108.

[16] S. De Renzi, *Osservazioni sulla topografia medica del Regno di Napoli*, II, Napoli 1829, in particolare pp. 1-39; Id., *Topografia e statistica medica della città di Napoli*, Napoli 1832.

[17] M. Sarcone, *Istoria ragionata de' mali osservati in Napoli nell'intero corso dell'anno 1764*, Napoli 1838, pp. 29-37.

[18] F. Del Giudice, *Statistica medica...* cit., p. 109.

negli adolescenti. Gli abitanti della seconda zona della città, bassa-umida, sono vittime di febbri intermittenti e tifo petecchiale, specie se esercitanti mestieri sudici in ambienti luridi, come i mozzi di stalla.

Gli abitanti della terza e quarta zona della città, caratterizzata da freddo e caldo secco e ventoso, sono predisposti a infiammazioni toraciche ed addominali, specie se, per esercitare il loro commercio, sono esposti continuamente all'insolazione e a venti australi e grecali[19]. L'utilità di questo studio statistico, quasi un osservatorio epidemiologico, oltre che alla etiopatogenesi di alcuni dei morbi più ricorrenti nel Napoletano, risulta utile, in un moderno contesto politico-sanitario, anche per la difesa della salute collettiva e l'igiene sociale.

Infatti il Del Giudice "consiglia al potere governativo e municipale della nostra città a migliorare sempreppiù le condizioni di vita del popolo"[20], ed in particolare per la prima zona, "la bassa-umida-mefitica", consiglia di "rendere le strade e le abitazioni pulite, ventilate e luminose, migliorando segnatamente le condizioni dei focolari e delle latrine"; per la seconda zona, "la bassa-umida-palustre" consiglia di "togliere con livellamento dei terreni, libero scolo delle acque pantanose, e coprimento dei letami e pozzi artificiali"; per la terza e quarta zona, "la marittima ventosa-umida e la elevata-ventosa-asciutta", consiglia di "provvedere con estesi e spaziosi portici alle malefiche influenze della insolazione, pioggia e vicissitudini atmosferiche che, per l'esercizio del commercio, colpiscono numerosi individui"[21].

Un vero e proprio programma di bonifica e risanamento della città, proposto dal medico al politico, a conferma di quella responsabilità propositiva ed operativa che caratterizza la moderna concezione di una "medicina politica"; una medicina che considera esplicitamente come fattori patogeni i comportamenti imposti da un certo tipo di organizzazione socio-economica; e che, consapevole della valenza civile della cultura, considera la scienza come la naturale alleata della politica.

Il fattore decisivo della vittoria su molte malattie è stato senza dubbio il controllo igienico dell'ambiente e il miglioramento delle condizioni

[19] *Ibid.*, pp. 110-113.
[20] *Ibid.*, p. 113.
[21] *Ibidem.*

di vita e di lavoro, più che non i progressi veri e propri della medicina[22], anche se naturalmente i moderni laboratori di radiologia, microbiologia e batteriologia hanno permesso di allargare l'attenzione del medico dal singolo malato alle patologie della comunità.

L'esasperata e spesso acritica crescita della tecnomedicina tuttavia può comportare la progressiva scomparsa dell'arte anamnestica, impoverendo di valori professionali e morali il rapporto medico-paziente e creando una sorta di "medicina del silenzio", ove parlino solo gli apparati strumentali, e i risultati dei laboratori valgano più delle esperienze personali variamente vissute e sofferte.

L'anamnesi infatti viene oggi negli ospedali per lo più affidata agli studenti e ai tirocinanti e sbrigata spesso frettolosamente dal medico di base, che la considera quasi una perdita di tempo; così sia il medico che il malato perdono uno dei momenti antropologicamente più significativi del loro rapporto, a tutto vantaggio di una medicalizzazione spinta e di una burocratizzazione disumanizzante.

In questo quadro di storia presente si spiega forse anche così la crescente insoddisfazione sia dei medici che dei malati, gli uni e gli altri gravati da una progressiva insicurezza comportamentale e perdita d'identità.

Da questa crisi della medicina forse si può uscire ridisegnando ex novo il rapporto tra medico e malato, e ricordando che nell'approccio anamnestico si valorizza il corpo vivente come rappresentante di una interiorità che è l'essenza e il principio della vita stessa, concepita nella sua pienezza, contro la sofferenza, la malattia, la morte.

[22] G. Cosmacini, *Storia della medicina...* cit., p. 420.

VINCENZO TROMBETTA

Scienze e lettere nell'ospedale degli Incurabili di Napoli: il catalogo della biblioteca (1763)

La monumentale *Istoria generale del Reame di Napoli* compilata dall'abate cistercense Placido Troyli, affida ad un intero capitolo — il quarto del tomo IV impresso nel 1752 — la puntuale trattazione delle biblioteche napoletane: un quadro articolato che ben restituisce quel *sistema* degli istituti bibliotecari ramificato nei quartieri della capitale del regno e articolato, alla metà del XVIII secolo, in librerie monastiche, private e pubbliche[1].

Il Troyli — pur debitore di dati e informazioni desunte dalle già fortunate edizioni di guide storiche e artistiche redatte dal Sarnelli, dal Celano e dal Parrino[2] — menziona, dopo un'introduzione dedicata all'invenzione della stampa, le librerie dei padri Agostiniani di S. Giovanni a Carbonara «per li tanti Manoscritti, e Libri d'ogni sorta, colli quali fu arricchita da *Girolamo Seripando*», poi depauperata dei suoi codici più rari trasferiti nella Palatina di Vienna per ordine dell'imperatore Carlo VI; di Sant'Efrem Nuovo che pure «rattrovasi ricca di molti libri» per la singolare munificenza di Giambattista Centurioni, patrizio genovese; dei SS. Apostoli dei padri Teatini sia per la gran quantità di volumi che «per la grandezza del Vaso, in cui sono i Libri con ottima simetria disposti»; dei padri Gesuiti che nel complesso monastico del Gesù Vecchio «tengono una Libreria di somma considerazione: in cui

[1] P. Troyli, *Istoria Generale del Reame di Napoli. Ovvero Stato antico, e moderno delle Regioni, e Luoghi, che 'l Reame di Napoli compongono, una colle loro prime Popolazioni, Costumi, Leggi, Polizia, Uomini Illustri, e Monarchi*, Tomo IV, Parte Quarta, Napoli, s.t., 1752, pp. 229-247.

[2] Cfr. *Libri per vedere. Le guide storico-artistiche della città di Napoli: fonti testimonianze del gusto immagini di una città*, Catalogo della Mostra, Napoli, Palazzo Serra di Cassano, 15-31 gennaio 1992, Napoli, ESI, 1995.

Libri di ogni Scienza rattrovansi, e spezialmente in Lingua Cinese»; di S. Domenico Maggiore «la più grande, e la più ricca di Libri rassembra di quante ne sono oggidì in Napoli. E se mai vi fosse più abbondanza di Libri moderni; non le avrebbe la pari»; di Monte Oliveto che custodisce «alcuni Libri degni di essere veduti da ogni amante di belle Lettere; di S. Severino dei Padri Benedettini con varj Manoscritti antichi, che altrove avere non si possono»; della Congregazione Oratoriana «o sia de' Preti dell'Oratorio di *S. Filippo Neri*: la quale essendo stata in primo luogo numerosa di Libri; adesso più che mai si ammira numerossisima in un Vaso ben disposto, ed a maraviglia lavorato. Avendo quei buoni, e dotti Padri comprata con più migliaia di ducati la celebre e decantata Libreria del famoso *Giuseppe Valletta*».

Tra le private, accumulate da illustri bibliofili, figurano quelle di Francesco Vargas Macciucca, consigliere del Sacro regio consiglio e della real Camera di S. Chiara; di Ferdinando Vincenzo Spinelli principe di Tarsia alloggiata nello sfarzoso palazzo progettato da Domenico Antonio Vaccaro; di casa Farnese che Carlo di Borbone, una volta ereditata per successione materna, aveva trasferito da Parma assieme alla pinacoteca e alla raccolta numismatica e antiquaria. Per ognuna di esse l'autore non manca d'indicare fondatori e bibliotecari, di riportare lapidi ed iscrizioni e d'illustrare codici, manoscritti e rarità bibliografiche, oltre a saloni e «vasi».

Un lungo passo viene dedicato anche all'istituzione della libraria di S. Angelo a Nido, o brancacciana — la prima a Napoli aperta, per volontà testamentaria del cardinale Francesco Maria Brancaccio, al «pubblico commodo» — e ai suoi cospicui incrementi[3]:

[3] Sulla storia della Brancacciana cfr. L. Giustiniani, *Memorie storico-critiche della Real Biblioteca Borbonica di Napoli*, Napoli, De Bonis, 1818, pp. 60-61; A. Beatrice, *Della Biblioteca Brancacciana di Napoli. Relazione al Ministro della Istruzione Pubblica*, Napoli, s.e., 1872; *Notizie storiche, bibliografiche e statistiche sulla Biblioteca Brancacciana di Napoli nel MDCCCXCVIII*, Roma, Società Editrice Dante Alighieri, 1900; R. Gattinoni, *Cenni storici sulla R.a Biblioteca Brancacciana di Napoli*, Napoli, Melfi & Joele, 1905; G. Lacava, *La R. Biblioteca Brancacciana (Sua Origine e Sue Vicende)*, Napoli, Giannini, 1908; G. Consoli Fiego, *Itinera Literaria. Ricerche sulle biblioteche napoletane del secolo XVII*, Napoli, Ricciardi, 1939, pp. 90, 126, 140, 141-143, 159-162; G. Guerrieri, *La Biblioteca Nazionale «Vittorio Emanuele III» di Napoli*, Milano-Napoli, Ricciardi, 1974, pp. 160-165; V. Trombetta, *La Libraria di S. Angelo a Nido. Dalla fondazione dei Brancaccio alla Repubblica Napoletana del 1799*, in «Accademie e Biblioteche d'Italia», 1994, 3-4, pp. 11-43; A. Serrai, *Storia della Biobliografia*, vol. VII, *Storia e Critica della Catalogazione Bibliografica*. A cura di G. Miggiano, Roma, Bulzoni, 1977, pp. 624-725.

«Anche quella di *Sant'Angelo a Nido*, fondata dal *Cardinal Brancaccio* per uso pubblico di chi voglia studiarvi (in cui noi abbiamo consumato molto tempo), è assai celebre, e per la quantità, e qualità de Libri, e per i Manoscritti, che ivi si veggono (tra quali quei di *Bartolomeo Chioccarelli*, da noi spesse volte citati in quest'Opera, che ivi osservati abbiamo). Accresciuti ultimamente a maraviglia con una quantità di Libri moderni, e di ottima Edizione, lasciativi per il pubblico commodo della Città dall'Avvocato *D. Domenico Greco* l'anno 1738 come si osserva da una bel lunga Lapida eretta in di lui memoria in mezzo alle Scale di quella Biblioteca»[4].

Le pur precise notizie fornite dal Troyli, però, non risultano particolarmente aggiornate. Due anni prima della pubblicazione della sua *Istoria generale*, infatti, i governatori del complesso brancacciano — comprendente la più antica chiesa, consacrata a S. Michele Arcangelo, e l'ospedale — avevano provveduto a finanziare la stesura e la stampa del *Catalogo* della libraria: prima realizzazione, a Napoli, di uno strumento bibliografico, ordinato alfabeticamente per autori e titoli[5], finalizzato ad una più immediata fruizione pubblica di fondi librari. E i torchi di Stefano Abbate e Giuseppe Raimondi, «publici Typographi», nel 1750 avevano impresso il *Bibliothecae S. Angeli ad Nidum ab inclyta Brancatiorum familia constructae, et ab aliis deinceps auctae CATALOGUS, in quo singuli singularum Artium, & Scientiarum Libri, qui in quavis fere lingua exstant, Auctorumque cognomina ordine alphabetico recensentur.* Della complessa redazione catalografica era stato «incumbenzato» l'esperto libraio Francesco Saverio Altobelli, già estensore dei cinque tomi in-folio del

[4] P. Troyli, *Istoria...* cit., p. 241.

[5] «La tradizione bibliografica e catalografica ha adottato un catalogo per autori e un catalogo per titoli quali cataloghi fondamentali per i riferimenti bibliografici e per la consultazione catalografica relativamente ai connotati di presentazione del libro. Nella tradizione culturale e bibliografica occidentale la precedenza è stata data all'autore, quale elemento portante e primariamente discriminante rispetto alla costellazione di dati che si riferisce un libro». A. Serrai, *Guida alla biblioteconomia*, Firenze, Sansoni, 1981, pp. 80-81. Sugli stessi temi cfr. G. Fumagalli, *Cataloghi di Biblioteche e indici bibliografici. Memoria*, Firenze, Sansoni, 1887; A. Serrai, *I Cataloghi*, in Id., *Biblioteconomia come scienza. Introduzione ai problemi e alla metodologia*, Firenze, Sansoni, 1973, pp. 57-77; A. Serrai, *La struttura dei cataloghi per autori*, in Id., *Sistemi bibliotecari e meccanismi catalografici*, Roma, Bulzoni, 1980, pp. 81-99; A. Serrai, *Biblioteche e Cataloghi*, Firenze, Sansoni, 1983; A. Serrai, *Bibliografia e catalogazione*, in Id., *Dai «Loci communes» alla bibliometria*, Roma, Bulzoni, 1984, pp. 177-198.

Catalogus bibliothecae Collegii Neap. Soc. Iesu[6], con la collaborazione di Domenico Mangieri di Montepeloso, che «vi ebbe ancor mano, e spaziò in tal riscontro le sue idee, colla notizia delle opere di ottimi autori»[7]. La prefazione dal titolo *Lectori*, che in breve ripercorre i sessant'anni di vita della biblioteca, è a firma di Gennaro Parrino, figlio del celebre tipografo Domenico Antonio. Il *Catalogus* in folio — a detta del Giustiniani «niente male eseguito» — esibisce nel frontespizio una vignetta incisa raffigurante uno scultore intento a trarre una figura umana da un fusto d'albero, con un cartiglio inferiore fra due cornucopie con la scritta Antea Truncus[8]. Una rapida scorsa delle trecentotrenta pagine del *Catalogus*, a cui si aggiungono altre otto dell'*Appendix Ad Catalogum librorum Biblioth. S. Angeli ad Nilum*, consente di rilevare non solo la dovizia di edizioni a carattere religioso, ma soprattutto la ricchezza di «opere di erudizione, di sistemazione filologica, d'indagine critica»[9], non priva delle nuove elaborazioni propriamente filosofiche e scientifiche. Presenti i testi di Erasmo (ventisette voci), di Bacone, con due *Opera Omnia* edite rispettivamente ad Amsterdam e a Francoforte, e due traduzioni italiane (Milano 1620 e Torino 1641); di Campanella e Cartesio, ambedue con undici voci; di Galileo presente con l'edizione bolognese delle *Opere* stampate nel 1665, e con quelle di Firenze dei *Dialoghi*, e delle *Opere matematiche e filosofiche* pubblicate nel 1710 e nel 1718; ed ancora numerose le opere di Bayle, di Calvino, di Hobbes, di Locke, di Leibniz, di Newton, così come i testi di Grozio, di Alciati, del Dupin, di Bossuet, del Clarke, del Cujas, di Pufendorf, del Montfaucon, del Mabillon, e tante altri «pertinenti alla sacra e profana letteratura, alla critica, alla storia, alla giurisprudenza canonica e civile, alla filologia ed archeologia greca e latina»[10].

---

[6] M. Errichetti, *L'antico Collegio massimo dei Gesuiti a Napoli*, in «Campania Sacra», 1976, 7, p. 238.

[7] L. Giustiniani, *Memorie istoriche degli Scrittori legali del Regno di Napoli*, Tomo II, Napoli, Stamperia Simoniana, 1787, p. 208.

[8] Cfr. S. Nicolini, *Bibliografia degli antichi Cataloghi a stampa di biblioteche italiane*, Firenze, Sansoni, 1954, p. 47. A circa 15.000 ascendono i volumi della biblioteca secondo la Ceccarelli, cfr. Ministero per i Beni Culturali e Ambientali, Biblioteca Angelica, *Vocis et animarum pinacothecae. Cataloghi di biblioteche private dei secoli XVII- XVIII nei fondi dell'Angelica*, a cura di M.G. Ceccarelli, Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 1990, pp. 190-192.

[9] R. Colapietra, *Vita pubblica e classi politiche del Viceregno Napoletano (1656-1734)*, Roma, Edizioni di Storia e Letteratura, 1961, pp. 93-96.

[10] C. Padiglione, *La Biblioteca del Museo nazionale nella Certosa di S. Martino in Napoli ed i suoi manoscritti*, Napoli, Giannini, 1876, p. 523, n. 1.

La stessa «società» tipografica, sempre nel 1750, stampa il *Manuscriptorum quae in Bibliotheca Brancatiana S. Angeli ad Nidum adservantur,* CATALOGUS *ordine alphabetico cognominum Auctorum digestus*. Il repertorio dei manoscritti si apre con un breve avviso per l'interpretazione delle segnature: «Prior numerus pluteum, litera capsam, alter numerus MS. indicat»[11].

Anche altre biblioteche della capitale, nella seconda metà del Settecento, approntano cataloghi a stampa: i padri Certosini di S. Martino pubblicano il *Bibliothecae regalis Carthusiae S. Martini Catalogus in quo singuli singularum artium et scientiarum libri qui in quavis fere lingua exstant, autorumque cognomina ordine alphabetico recensentur* impresso nel 1764 dalla tipografia Simoniana[12]; l'avvocato Tommaso di Costanzo[13], su incarico di Fabrizio e Maria Antonia Spinelli, redige il catalogo della celebre biblioteca di Tarsia, tirato nel 1780, dalla medesima tipografia, intitolato *Ferdinandi Vincentii Spinellii Tarsiae principis Bibliothecae Index alphabeticus secundum authorum cognomina dispositus*, — com-

[11] Cfr. G. OTTINO - G. FUMAGALLI, *Biblioteca bibliographica italica. Catalogo degli scritti di bibliologia, bibliografia e biblioteconomia pubblicati in Italia e di quelli riguardanti l'Italia pubblicati all'estero*, vol. I, Roma, L. Pasqualucci, 1889, p. 296, n. 3236. L'unica copia oggi conservata nella biblioteca nazionale di Napoli, purtroppo, risulta mutila delle ultime pagine, interrompendosi a pagine 32 alla voce «Istruzioni». Il catalogo dei manoscritti brancacciani, per la cronaca, sarà parzialmente riprodotto nella *Bibliotheca Librorum Manuscriptorum Italica*, pubblicato nel 1834, «Impensis Bibliopolii Dietericiani» a Gottinga, quale supplemento all'*Iter Italicum* di Friedrich Blume (o Bluhme) che, dal 1821 al 1823, attraversa l'intera penisola per studiare le fonti della giurisprudenza, della storia e della filologia classica nei musei lapidari, nelle biblioteche e negli archivi d'Italia. La trascrizione, che giunge solo alla lettera C, non riporta taluni rinvii e — inspiegabilmente — omette alcune voci come, ad esempio, la relazione al re e le quattro consulte di Gaetano Argento.

[12] «I PP. *Certosini* di S. Martino si aveano formato una buona libreria con delle belle belle scanzie di noce nera e capricciosi intagli, opera di Fr. *Bonaventura Pressi* dello stesso ordine... Ne stamparono elegantemente l'*Indice* nella stamperia *Simoniana* in fol., avendone però tirate delle poche copie. In oggi a cagione della soppressione di detto monistero, tale libreria si è incorporata alla Biblioteca Reale». L. GIUSTINIANI, *Dizionario geografico-ragionato del Regno di Napoli*, Tomo VI, Napoli, s.e., 1803. Su Giovanni e Paolo di Simoni, valenti stampatori napoletani, vedi L. GIUSTINIANI, *Saggio storico-critico sulla tipografia del Regno di Napoli*, Napoli, Orsini, 1793, pp. 205-206. La segnalazione del catalogo in G. OTTINO-G. FUMAGALLI, *Bibliotheca Bibliographica...* cit. p. 296, n. 3240.

[13] Il de Costanzo, domiciliato «dietro S. Liguoro, case del Monte della Posta», figura nella sezione «Avvocati e Procuratori» del *Catalogo de' Legali del Foro napoletano. Con la notizia delle Case ove essi abitano. Per uso e comodo del pubblico. Per l'anno 1784 fino a' 4 Maggio 1785. Stampato per ordine della Regal Camera di S. Chiara dall'ufiziale D. Gabriele Saccares*, Napoli, Flauto Regio Impressore, 1784, p. 231.

prendente una *pars secunda* costituita dall'*Index alphabeticus secundum authorum gallicorum cognomina dispositus*. La biblioteca, inaugurata nel 1747 ed aperta alla pubblica consultazione due volte la settimana, era stata sede di una prestigiosa accademia a cui avevano aderito antiquari della statura di Alessio Simmaco Mazzocchi e Giacomo Martorelli. Niccolò Giovio pastore arcadico, e Domenico Malarbì «uomo di molto sapere»[14] vi avevano svolto mansioni di bibliotecario.

La recente individuazione di un esemplare dell'*Index Librorum Bibliothecae Regii Neapolitani Incurabilium Archinosocomi* stampato nel 1763[15] permette di approfondire il quadro conoscitivo delle biblioteche partenopee nella seconda metà del Settecento. L'*Index*, infatti, offre la precisa testimonianza della presenza, all'interno dello stabilimento degl'Incurabili, di una biblioteca specializzata che, pur nella sua limitata dotazione, costituisce un primo esempio, per quanto ci è dato sinora conoscere, di un istituto bibliotecario impiantato a sostegno di determinate competenze scientifiche.

Ignote, a tutt'oggi, le origini e lo sviluppo della libreria del nosocomio, fondato da Maria Lorenza Longo nei primi anni del Cinquecento, e adibita alla formazione professionale dei giovani medici. Al suo incremento contribuisce Luigi Tortora, medico dello stesso ospedale, con il donativo di una ricca collezione di autori di «medicina e scienze affini»; la selezione dei suoi materiali è affidata a Domenico Cotugno, medico di camera del re, primario professore di anatomia nell'ateneo di Napoli[16], sostenitore di una didattica da svolgere sia attraverso il diretto contatto

[14] «Morto il fondatore di opera così utile, nel 1780 se ne vide in istampa il catalogo in 4°, ed indi nel mese di febbraio del 1790 fu posta in vendita, come dall'altro cataloghetto, che nel detto anno videsi pure in istampa, e può dirsi di quello che eravi rimasto: e non senza scandalo quel luogo, già consegrato alle Muse, divenne sozzo magazzino di commestibili. La Maestà del Re nostro Signore ne comprò ducati 12000 per accrescere le classi della nostra Real Biblioteca, che stava allora mettendosi in piede; ma si trovarono poi quasiché tutti duplicati, identici, onde si ebbero a vendere a cantajo, non senza scorno di coloro, che ne furono incumbenzati». L. Giustiniani, *Memorie storico critiche*...cit., pp. 64-65.

[15] Per la prima notizia dell'*Index* cfr. M. Del Gaizo, *Contributo allo studio delle fonti della storia della medicina*, in «Bollettino della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli», 1891, 1-2-3, pp. 3-4. L'esemplare, conservato nella biblioteca nazionale di Napoli con segnatura Misc. 101.F.40 (9), è stato recentemente segnalato da A. Borrelli, *Domenico Cotugno (1736-1832). Medicina scienza e società a Napoli tra Sette e Ottocento*, tesi di dottorato di ricerca in Storia della scienza, Università di Firenze 1996.

[16] Cfr. D. Pace, *Domenico Cotugno. L'Ospedale degli Incurabili di Napoli nel 1824. La vita universitaria ed ospedaliera a Napoli nel primo Ottocento (Vincenzo Lanza)*, estratto da «Gl'Incu-

con gli ammalati e le pratiche lezioni di laboratorio, sia mediante lo studio e la verifica delle più avanzate teorie scientifiche avvalendosi a tal fine delle recenti pubblicazioni e delle traduzioni di testi apparsi sul mercato librario[17]. Lo stesso celebre medico di Ruvo, del resto, per esigenze professionali e passione bibliofilica, accumula una propria cospicua libreria[18], e grazie alle sue apprezzate cognizioni bibliografiche, nei primi anni dell'Ottocento, sarà nominato membro della giunta della biblioteca reale borbonica insediata per il suo «perfezionamento»[19]. Le sovvenzioni, i lasciti e le munifiche donazioni pervenute all'opera ospedaliera, in particolare tra gli anni Quaranta e Sessanta — qui basti ricordare quelle di Allegra Greco, sorella di Domenico insigne bibliofilo che, con istromento rogato dal notaio Gennaro Oliva, nel 1738, aveva

---

rabili» edito per il IV Congresso Internazionale degli Ospedali e Mostra degli Ospedali italiani in Roma, maggio 1935-XIII, Napoli, Di Lauro, 1935, pp. 7-8.

[17] Un simile orientamento sottende la fondazione, nel 1764, del Collegio medico-cerusico nell'ambito della medesima struttura ospedaliera. Cfr. V.D. CATAPANO, *Medicina a Napoli nella prima metà dell'Ottocento*. Con la collaborazione di E. Esposito, Napoli, Liguori, 1990, pp. 15-39.

[18] «Il Sig. D. *Domenico Cotugno* uomo assai noto nell'orbe letterario, ha la sua libreria di molto riguardo, avendovi raccolte de' pezzi assai rari, e di considerazione». L. GIUSTINIANI, *Dizionario*... cit., p. 252. Sulla biblioteca di Cotugno, ceduta poi alla biblioteca reale, cfr. A. BORRELLI, *Domenico Cotugno*... cit.

[19] La giunta, costituita nell'aprile del 1802, oltre al Cotugno, che «tiene una buona raccolta di libri, e ve ne sono de' rari impressi nel primo secolo della stampa, come anche una collezione di pregiate monerche urbiche», annovera i più illustri esponenti della cultura regnicola: Giuseppe Saverio Poli, nativo di Molfetta, esperto in storia naturale e fisica sperimentale, la cui opera più famosa, *Testacea utriusque Siciliae*, viene impressa in Parma con i tipi bodoniani; Ciro Saverio Minervino di Molfetta, conoscitore di lingue esotiche, studioso di storia naturale e di numismatica, erudito per «le cose diplomatiche»; il vescovo di Pozzuoli Carlo Maria Rosini, accademico ercolanese, preposto all'interpretazione dei papiri; l'abate Arsenio Foti dell'Ordine Basiliano, valente nella lingua greca; Antonio Planelli, cavaliere di Giustizia dell'ordine gerosolimitano e «maestro della Regia Zecca», il teologo Gioacchino Lavitrano, canonico della chiesa metropolitana; il dotto Filippo Caulini, soprannominato lo Spallanzano napoletano; il marchese Francesco Taccone di Sitizzano tesoriere del re e insigne bibliofilo, con l'aiutante Antonio Giordano; e il segretario Gaspare Capone, figura di rilievo dei circoli forensi napoletani. Nella carica di razionale, viene destinato Francesco Cavaliere. La Giunta, che in seguito sarà integrata dal padre Vincenzo Raqueno, dall'abate Andrès, ambedue dell'ordine della Compagnia del Gesù, da Gaspare Mollo de' Duchi di Lusciano, da Giuseppe Ceva Grimaldi marchese di Pietracatella, dal cavalier Prospero De Rosa, dal cavalier Porcinari e dal Padre De' Franci, chierico regolare minore, tutti i giovedì, si riunisce in casa del ministro per esaminare, in dettaglio, lo stato complessivo della biblioteca e valutare l'eventualità di consentire l'apertura al pubblico. Cfr. L. GIUSTINIANI, *Memorie storico-critiche*... cit., pp. 104-107; G. GUERRIERI, *La Biblioteca Nazionale*..., cit., pp. 14-15; V. TROMBETTA, *I lavori della Giunta per l'apertura al pubblico della Biblioteca Reale di Napoli (1802-1804)*, in «Nuovi Annali della Scuola speciale per Archivisti e Bibliotecari», 1996, X, pp. 145-167.

donato la sua fornitissima libreria alla biblioteca brancacciana[20], di Caterina Ruffo principessa di S. Antimo, Andreana Ruffa, Antonio Maggiocca, Cesare Invitti duca di S. Valentino, Gioacchino Falcone, Mario Montaldo[21] — garantiscono, credibilmente, pure i finanziamenti destinati ad acquisire nuove edizioni per gl'indispensabili aggiornamenti. Imprecisabili, infine, gli anni che segnano la dismissione della biblioteca: già gli *Statuti* editi nel 1839, comunque, ne attestano la scomparsa prevedendo un ampio articolato per regolamentare il buon funzionamento e la conservazione del solo archivio[22].

Stampato in-ottavo e privo di sottoscrizione tipografica, l'*Index* consta di cinquantacinque pagine più la dedicatoria, a firma di Lorenzo

---

[20] Cfr. V. TROMBETTA, *Erudizione e bibliofilia a Napoli nella prima metà del XVIII secolo: la biblioteca di Domenico Greco* in «Rara Volumina. Rivista di studi sull'editoria di pregio e il libro illustrato», 1997, 1, pp. 59-91.

[21] Cfr. S. RAVICINI, *Sulla universalità dell'Opera Ospedaliera della S. Casa degl'Incurabili in Napoli. Memorie e Documenti storici*, Napoli, Barnaba Cons di Antonio, 1899, pp. 302-303.

[22] «Sezione V. Archivio. 1. All'Archivio dello Stabilimento saranno addetti due impiegati, cioè un Archivario, ed un aiutante: vi sarà inoltre un facchino. 2. L'Archivario avrà il dovere di conferirsi in tutt'i giorni, ad eccezione de' festivi nell'Archivio, né potrà dipartirsene, se non quando si saranno chiuse le uficine tutte dell'amministrazione. 3. Egli dovrà tenere un'esatto, e distinto registro, in modo di pandetta, di tutte le carte, scritture, documenti, e libri che saranno depositati in Archivio. 4. Dovrà badare che in essa pandetta si abbia la indicazione del numero, e luogo, ove ciascuna carta, o libro si troverà, per prestamente rinvenirsi al bisogno. 5. Dovrà curare che siano le carte tutte passate in pandetta. 6. Procurerà che le carte sieno spolverate di tanto in tanto, onde non abbiansi a marcire. 7. Allorché sarà invitato dagl'impiegati dello Stabilimento di esibire delle carte, o libri, dovrà subito consegnarle, contro ricevo. 8. Dovrà infine custodire direttamente le chiavi dell'archivio, sen'affidarle mai ad alcuno. 9. L'aiutante, ed il facchino dipenderanno dalle disposizioni dell'Archivario, né potranno ricusarsi di eseguire quanto loro sarà imposto dal medesimo». *Statuto per lo Reale Stabilimento degl'Incurabili e luoghi riuniti*, Napoli, Tipografia Real Segreteria, e Ministero di Stato degli Affari Interni, nel real Albergo de' Poveri, 1839, pp. 51-52. Un altro importante archivio veniva custodito nella Casa dell'Annunziata: «Era questo famoso assai e ricco di preziosi documenti. Vi conservavano gran quantità di Bolle pontificie, Diplomi regi angioini ed aragonesi e moltissimi dei tempi viceregnali. Se ne veggono anche oggi in circa 13 volumi, ma parecchie pergamene, perché danneggiate dal tempo, con moltissime carte *credute inutili* furono, poco dopo il 1840, raccolte in un fusso nel mezzo del gran cortile ed ivi sepolte e condannate a marcire... Vi si conservano molti volumi di Schede Notarili, che nel 1880, a richiesta della nostra Camera Notarile, furono consegnate per far parte dell'Archivio Notarile Provinciale, ove trovansi al loro posto naturale. L'archivio non cessa anche oggi di avere la sua importanza storica, tanto più che allo stesso, nel decorso anno, venne aggregato quello del disciolto Banco di A.G.P. Solo è a sperare che, essendo la sala disadatta a contenere i numerosi volumi, vorranno i Governatori provvedervi convenientemente, onde collocare a posto le tante scritture e non fare andar perduti documenti preziosissimi ed imporanti». G. D'ADDOSIO, *Origine vicende storiche e progressi della Real S. Casa dell'Annunziata di Napoli*, Napoli, Antonio Cons, 1883, pp. 40-43.

Giaquinta e datata «X. Kal. Majas MDCCLXIII», indirizzata all'eccellentissimo Giovanni Pignone del Carretto dei marchesi di Oriolo e dei principi di Alessandria[23], deputato governatore del regio arcinosocomio napoletano degl'Incurabili. L'attivo e accorto amministratore, oltre ad apportare tangibili migliorie per le cure da prodigare «ad ogni tipo d'ammalati, cioè ai tignosi, ai pazzi, a quelli affetti dal morbo celtico», promuove «i buoni studi» e «le arti liberali» rilanciando l'attività dell'Accademia di scienze mediche istituita fin dal 1753 nell'ospedale[24]. Inoltre, ben consapevole dei gravi pregiudizi alla salute pubblica arrecati dalla prossimità della comune sepoltura in un appezzamento dello stesso nosocomio trasformatosi in immenso deposito di putredine dalle micidiali esalazioni, incoraggia l'edificazione di un nuovo cimitero in località detta *il Tredici*[25]. Proprio al Giaquinta, secondo la dedica, il «sollertissimo» governatore avrebbe affidato l'ordinamento della biblioteca e la cura della redazione del catalogo «da tempo desiderato».

L'*Index* registra settecentodiciannove opere — per un totale di poco più di millecentosettanta volumi — che non contemplano materiali manoscritti e incunaboli. Enumera cinquantasette cinquecentine, di cui

---

[23] Per la genealogia dell'illustre famiglia cfr. V. Spreti, *Enciclopedia storico-nobiliare italiana*, Vol. V, Milano, Edizione Enciclopedia storico-nobiliare italiana, 1932, pp. 362-363. Tra i suoi più illustri esponenti occorre ricordare: Alessandro che, nel 1708, dona un immobile di sua proprietà contigua alla chiesa e all'ospedale di S. Angelo a Nido per consentire la costruzione del locale ove dislocare la biblioteca brancacciana (cfr. G. Guerrieri, *La Biblioteca...* cit. p. 161); e Emmanuele Maria, nato nel 1721, vescovo di Sessa ed autore del *Augustinus sui interpretes in explicanda gratia creaturae innocenti necessaria ad bene agendum dissertatio* impresso a Napoli nel 1786 (cfr. C. Minieri Riccio, *Memorie storiche degli scrittori nati nel Regno di Napoli*, Napoli, dell'Acquila di V. Puzziello, 1844, p. 272).

[24] «Essendo governatori dell'ospedale degli Incurabili il marchese Gio. Antonio Castagnola caporuota e consigliere della Real Camera di S. Chiara, Marcantonio Colonna principe di Aliano, Gaetano Albertini de' principi di Cimitile, il marchese Erasmo Ulloa Severino consigliere della Real Camera di S. Chiara, Gio. Leonardo Costa, Pietro Lignola e Marco Torre, per vantaggio di quella pia opera, poco innanzi al gennaio dell'anno 1754, fecero costruire un nuovo fabbricato più conveniente ed utile all'uso ed all'amministrazione de' medicamenti mercuriali, e nello stesso tempo istituirono una accademia formata da' dotti ed eruditi medici dello stesso ospedale per la istituzione e coltura, in tutte le scienze appartenenti alla facoltà medica, della gioventù destinata al servizio ed alla cura degli infermi; col quale lodevole istituto accoppiando la teorica alla pratica, e colla osservazione di sì gran numero d'infermi, questa accademia produsse que' tanti insigni medici, che somma fama si ebbero in Europa». C. Minieri Riccio, *Cenno storico delle Accademie fiorite nella Città di Napoli*, Napoli, Giannini. 1879, p. 78.

[25] Cfr. S. Ravicini, *Sulla universalità...* cit. pp. 66-69 e allegato n. 29 *Real Dispaccio del 1. maggio 1762 diretto al Delegato e ai Governatori della Santa Casa degl'Incurabili circa la costruzione del cimitero del Tredici*, pp. 323-324.

venti edizioni veneziane, nove lionesi, cinque ginevrine, cinque parigine, cinque napoletane; duecentosettantatré secentine, tra cui sessantadue provenienti da Venezia, trenta da Amsterdam, ventinove da Napoli, ventiquattro da Lione, diciotto da Bologna, dodici da Ginevra, dieci da Padova; e trecentottantanove edizioni del diciottesimo secolo delle quali centotrentotto impresse a Napoli, centosei a Venezia, quattordici a Padova, tredici ad Amsterdam, dodici a Parigi e a Lione, dieci a Ginevra, nove a Roma e nove a Firenze. In biblioteca, comunque, non mancano volumi tirati nelle officine tipografiche di Copenhagen, Colonia, Francoforte, Utrecht, Halle, Norimberga, Lipsia, Basilea, Londra, Tolosa, Brescia Milano, Palermo, offrendo al lettore una campionatura più che rappresentativa della produzione editoriale europea.

La struttura dell'indicazione bibliografica contemplata dall'*Index* prevede la successione di: autore, titolo, numero dei tomi, formato, città e data di edizione, differenziandosi, così, dalla sequenza «codificata» dal *Catalogo* della biblioteca di S. Angelo a Nilo che, all'autore e al titolo, più correttamente, fa seguire città e anno di edizione, numero dei tomi e formato. L'assenza degli elementi editoriali — città ed anno d'impressione — non viene rimarcata come nel *Catalogo* brancacciano che riporta, invece, la dicitura «senza luogo, e anno» o «sine loco, & anno». Diversa anche la segnatura: numero arabo, lettera alfabetica, numero arabo nell'*Index* e numero romano, lettera alfabetica e numero arabo nel *Catalogo* per indicare lo scaffale, il palchetto e il rispettivo numero di catena di ciascun volume.

A sottolineare la differente impostazione del *Catalogo* della brancacciana — che include lo spoglio dei volumi evidenziato da «Sta con», «Sta in», «Exstr. apud», «Exstr. inter», «Exstr. in» — il compilatore dell'*Index* introduce numerossimi rimandi per ogni opera: in modo tale che anche il lettore più inesperto all'uso di una biblioteca può riuscire a rintracciare la collocazione di un testo e richiederlo in consultazione, tramite il cognome, e in molti casi addirittura il nome dell'autore, e il titolo. Significativi alcuni esempi: l'edizione degli *Elementa physiologiae corporis humani* dell'Haller, stampati a Losanna nel 1757 in tre tomi, viene repertoriato quattro volte alle voci: «Albertus Haller»; «Aller Albertus V. *Haller*»; «Elementa Physiologia... V. *Haller*»; e «Haller Albertus». Altrettanto per il *Catalogo degli antichi monumenti di Ercolano*, redatto da Ottavio Antonio Bayardi e impresso nella regia Stamperia di

S.M. nel 1755, inserito alle voci: «Bajardi Mons. Ottavio, Catalogo... V. *Bayardi*», «Bayardi Monsig. Ottavio, Catalogo...», «Catalogo degli antichi monumenti di Ercolano. V. *Bayardi*», «Ottavio Monsignor Bayardi, Catalogo...». Tutte le singole voci, naturalmente, vengono raccordate da un'unica collocazione: 3.E.60.61.62 nel primo caso e 2.C.56 nel secondo. Ma l'autentica novità dell'ordinamento catalografico consiste non solo nella specificazione dei titoli dei singoli tomi che costituiscono una determinata opera (vedi i tredici volumi dell'*Opera* di Ulisse Aldrovandi, i nove dell'*Opera varia physico-mechanica* di Robert Boyle, i cinque del *Vocabolario della Accademia della Crusca*, con i relativi intervalli alfabetici), ma nell'immissione di fondamentali parole chiave per materia o soggetto grazie alle quali poter risalire ad autori e titoli, come: «Anatomes corporis humani», «Anatomia», «Chirurgia», «Chimica». L'*Index*, così, disloca la stessa opera in più luoghi alfabetici moltiplicandone le citazioni che, complessivamente, sfiorano il numero di milleduecento.

La biblioteca degli Incurabili radica la propria «specializzazione» in un patrimonio bibliografico essenzialmente medico. Un primo nucleo riguarda opere a carattere generale: la *Bibliotheca Chimica* (Ginevra 1702), la *Bibliotheca Pharmaceutica* (Colonia 1703) in due tomi in-folio, la *Bibliotheca Chirurgica* (Ginevra 1721) in quattro volumi, il *Dizzionario universale della Medicina* (Venezia 1753) in dieci tomi, la *Nuova farmacopea universale* (Venezia 1758). Poi figurano i testi «classici» di Ippocrate (*Opera cum Marinelli commentario*, Venezia 1619; *Opera cum notis Prosperi Martiani*, Venezia 1652), di Celso Aulio Cornelio (*De re medica*, Leida 1592), di Claudio Galeno (*Opera Omnia*, Venezia 1625, in otto tomi in-folio), fondatore della fisiologia sperimentale e della medicina sistematica il cui *Methodus medendi* per lungo tempo costituì la base dell'insegnamento medico, e di André Vésale (*Chirurgia*, Venezia 1569; *Opera tria Anatomica-Chirurgica*, Lione 1725) docente di chirugia a Padova, medico di Carlo V e di Filippo II, estensore della prima e sistematica descrizione del corpo umano.

L'*Index*, quindi, elenca: le *Institutiones rei Medicae*, in sei volumi (Venezia 1742), l'*Opera omnia Medica* (Venezia 1742), il *Methodus discendi artem Medicam* (Londra 1747) di Hermannus Boerhaave, professore titolare di medicina a Leida, poi incaricato della cattedra di botanica e chimica, creatore di un sistema di cure impostato sull'attento e critico

esame degli ammalati e sulle più approfondite conoscenze anatomiche; l'*Opera Chirurgica* (Padova 1647) di Girolamo Fabrici Acquapendente, allievo e successore del Falloppia nella cattedra di anatomia a Padova ove promosse la costruzione del teatro anatomico; l'*Opera Omnia Medico-Chirurgica* (Ginevra 1588) di Paul Barbette, inventore della gastrotomia nel trattamento delle occlusione intestinali; l'*Anatomia Corporis humani* (Lione 1677) di Thomas Bartholin, studioso danese del sistema linfatico; l'*Opera omnia medica* (Venezia 1747) in due tomi di Lorenzo Bellini, professore di anatomia all'Università di Pisa e primo medico di Cosimo III; l'*Opera omnia Medico-Chirurgica* (Lione 1715) di Govert Bidloo, medico olandese insegnante di anatomia e chirurgia all'Università dell'Aia e di Leida; il *Sepulcretum Anatomicum* (Ginevra 1579) in due tomi in-folio di Théophile Bonet, uno dei primi cultori dell'anatomia patologica; il *Thesaurus Medicinae practicae* (Venezia 1702) di Thomas Burnet, teologo e giurista, capace di conciliare l'interpretazione del racconto biblico della creazione con le nuove teorie fisiche; l'*Explicatio Tabularum Anatomicarum* (Leida 1761) di Bartolomeo Eustachi anatomista alla Sapienza di Roma al quale si deve l'approfondimento della struttura ossea del cranio; l'*Opera omnia Chirurgica* (Francoforte 1600), le *Lectiones de partibus similaribus corporis humani* (Norimberga 1705), e i *Segreti di Medicina e Chirurgia* (Venezia 1721) di Gabriele Falloppia, di origine modenese, docente di anatomia negli atenei di Pisa e Padova, scrupoloso descrittore della conformazione delle trombe uterine; l'*Opera omnia Medica* (Venezia 1584) di Girolamo Fracastoro, scienziato e letterato, studente di medicina a Padova, amico e compagno di Copernico, fondatore della patologia moderna ed autore del famoso trattato *Syphilis sive de morbo gallico* sull'indole e la cura della lue venerea; l'*Anatomia Chirurgica* (Bologna 1681) di Bernardino Genga chirurgo nell'ospedale di S. Spirito in Sassia di Roma; il *De re Medica* (Venezia 1756) in tre tomi di Etienne-François Geoffroy convinto assertore dell'importanza della chimica come scienza ausiliaria della medicina; l'*Opera omnia Medica* (Lione 1678) di Reinier de Graaf, anatomico e medico olandese, autore di importanti ricerche di anatomia e fisiologia e sulla secrezione pancreatica; gli *Elementa physiologiae corporis humani* (Losanna 1757) di Albrecht Haller, dapprima bibliotecario a Berna, poi professore di anatomia e chirurgia a Gottinga, città nella quale fondò sia il vasto orto botanico che il teatro anatomico, formulatore della dottrina dell'irritabilità; il

Sanguinis circulo (Rotterdam 1661) di William Harvey, docente di anatomia e fisiologia al Royal College of Phisicians e direttore del Merton College di Oxford, studioso della circolazione sanguigna dal punto di vista meccanico e dinamico; l'*Opera Medica* (Lione 1667) di Jean Baptiste Helmont, chimico, medico e filosofo che dagli intrapresi studi umanistici, per influenza di Paracelso, divenne uno dei più autorevoli sostenitori della iatrochimica, teoria secondo la quale i processi patologici e fisiologici hanno origine dai principi chimici della fermentazione e dell'effervescenza; le *Chirurgiae Institutiones* (Venezia 1740) e il *Compendium Anatomicum* (Venezia 1742) di Lorenz Heister medico militare prima, docente di chirurgia a Altdorf e a Helmstedt poi, riconosciuto quale profondo innovatore della moderna chirurgia tedesca; le *Observationes medicae* di Nicolaas Tulp, anatomista olandese illustratore della valvola ileocecale e dei vasi chiliferi dell'uomo denominati «vasa lactea».

A questi testi si affiancano: il *Teatro farmaceutico* di Giuseppe Donzelli (Venezia 1737); il *Mondo ingannato da falsi Medici* di Giuseppe Gazzola (Venezia 1746); la *Ratio Medendi* di Anton de Haen (Vienna 1759); la *Farmaceutica antinomiale* di Carlo Lancellotti (Modena 1683); l'*Opus Medicum quatripartitum* di Nicola Lanzano (Napoli 1721); l'*Histoire de la Medicine*, in tre tomi, di Daniel Le Clerc (Amsterdam 1702); l'*Anatomia Historica* di Andrea Lorenzi (Venezia 1606); le *Opere Chirurgiche* di Filippo Masiero (Padova 1724); l'*Opera Medica* di Richard Mead (Venezia 1752); le *Dissertationes Anatomico-Pathologicae* di Antonio Molinetti (Venezia 1675); i *Saggi di Anatomia* di Carlo Porpora (Napoli 1695); le *Consultationes Medico-Chirurgicae* di Francesco Romano (Napoli 1669); il *De tormentorum vulnerum natura, & curatione* di Francesco Rota (Bologna 1555); le *Dilucidazioni Fisico-Mediche* di Dionisio Andrea Sancassano, ripartite in quattro tomi in-folio (Roma 1731); il *De efficaci Medicina* di Marco Aurelio Severino (Francoforte 1668); le *Considerazioni fisiche cerusiche* di Luigi Tortora (Napoli 1733); l'*Util uso delle battiture in medicina* di Luigi Visone (Venezia 1741). A sostegno della «pratica» medica la biblioteca dispone di una serie di studi, ricerche e di monografie dedicate, ad esempio, all'insorgenza, alla diffusione e alla profilassi delle febbri pestilenziali (Giovan Filippo Ingrassia, *Descrizione della peste di Sicilia dell'anno 1575*, Foggia 1576; Francesco Alfano, *De peste, febre pestilentiali, & febre maligna*, Napoli 1577; Francesco Piens, *De febribus*, Ginevra, 1689; Richard Mead, *Dissertazione*

sopra la peste, Venezia 1743; Orazio Turriano, *Memorie istoriche delle peste di Messina dell'anno 1743*, sl. sd.); agli effetti terapeutici dei bagni e delle acque minerali e all'uso acqua fredda (Giulio Jasolino, *Rimedi d'Ischia*, Napoli 1588; Fabrizio Ardizzone, *Discorso sopra l'essenza, causa, ed effetti dell'acqua minerali*, Ginevra 1680; Virgilio Cocchi, *Il buon uso dell'acqua fredda nelle malattie interne, quanto esterne*, Perugia 1735); alla ostetricia (Girolamo Frabricio Acquapendente, *De formato foetu*, Venezia 1600; René Descartes, *De formatione foetus* in *Tractatus de homine*, Amsterdam 1677; Hendrik Deventer, *De arte obstetricandi*, Lione 1701); alle malattie «femminili» (Guglielmo Bellone, *De Virginum, & mulierum morbis*, Parigi 1643; Angelo Nannoni, *Trattato Chirurgico delle malattie delle mammelle*, Firenze 1746; Antonio Vallisnieri, *Della sterilità delle donne*, S.l.s.d.); alla sperimentazione degli antidoti contro i veleni (Andrea Baccio, *De venenis, & antidotis prolegomena*, Roma 1586; Marco Aurelio Severino, *De viperae natura, veneno & medicina*, Padova 1651); alla circolazione sanguigna e all'apparato intestinale (Francis Glisson, *De Ventriculo, & Intestinis*, Amsterdam 1677, Luc'Antonio Porzio, *Erasistratus, sive de sanguine missione*, Venezia, 1698); alla cura di ferite e lesioni (Iacopo Berengario da Carpi, *De fractura Cranii*, Lione 1629; Giuseppe Cignozzi, *La cura delle piaghe*, Napoli 1739); al trattamento delle paresi (Sebastiano Rotario, *Rimedj per la paralisia, ed apoplesia*, Verona 1735); alla ipertrofia adenoidale (Antonius Nuck, *Adenografia curiosa*, Lione, 1696); alle affezioni oculari (Hermannus Boerhaave, *De morbis oculorum*, Venezia 1748); alle nuove indagine sulle malformazioni genitali (Antonio Benevolo, *Nuova proposizione intorno alla Caruncola dell'uretra*, Firenze 1724); alla formazione dei tumori (Francesco Bevilacqua, *Trattato nuovo de' cancri*, Venezia 1734).

Questa breve selezione, nel comprovare il rapido avanzamento delle scienze mediche nelle sue diverse branche, non esaurisce, tuttavia, l'ampio panorama delle materie scientifiche trattate nei volumi posseduti nella biblioteca, evidentemente ritenute complementari, o almeno utili, ad acquisire le più generali competenze richieste per la cura degli ammalati. Negli scaffali, senza alcuna suddivisione, opere di: fisica (Felice Stocchetti, *Ragionamenti intorno alla pressione dell'aria*, Venezia 1705; *Delle forze elettriche*, Napoli 1747; Giovan Giuseppe Veratti, *Osservazioni fisicomediche intorno all'elettricità*, Bologna 1748; Antoine Nollet, *Lezioni di Fisica Sperimentale*, Venezia 1751, in cinque tomi), matema-

tica e geometria (*Euclideis Elementorum libri sex ex traditione Friderici Comandini*, Napoli 1629; Giacinto De Cristoforo, *De construtione equationum*, Napoli 1700; René Descartes, *Opuscula physica, & mathematica*, Amsterdam 1704; Paolo Mattia Doria, *Duplicationibus cubi demonstratio*, Venezia 1730; e *Opere Matematiche*, Napoli 1739, in due tomi), chimica (Giovan Battista Cappello, *Lessico farmaceutico-chimico*, Venezia 1740), mineralogia (Ulisse Aldrovandi, *Museum metallicum*, Bologna 1648; *Mineralogia mineralis, & artificialis*, Ginevra 1678; Giuseppe Gonnelli, *De gemmis, & lapidus praetiosi*, Napoli 1702), scienze naturali (Leonardo Di Capua, *Lezioni intorno alla natura delle mofete*, Napoli 1583; Giovan Battista Camerienghi, *Incendio del Vesuvio*, Napoli 1632; *Istoria del Vesuvio dell'anno 1737*, Napoli 1738; Eusebio Sguario, *Dissertazioni sopra l'aurore boreali*, Venezia 1738; Carlo Linneo, *Systema Naturae*, Lione 1756), botanica (Giovabattista Triumfetti, *De ortu, & vegetatione plantarum*, Roma 1685; Francesco Savastano, *Institutiones rei herbariae*, Napoli 1712; Joseph Pitton Tournefort, *Institutiones rei herbariae*, Parigi 1720; Michelangelo Tilli, *Catalogus plantaurum horti Pisani*, Firenze 1723; Jean Bauhin, *Historia plantarum*, Ebrodum 1750), zoologia (Ulisse Aldrovandi, *Opera*, Bologna 1509 - 1645; Marco Aurelio Severino, *Zootomia Democritea*, Norimberga 1645 e *Diatriba de respiratione piscium*, Napoli 1659; Giovanni Alfonso Borelli, *De motu animalium*, Roma 1681, in due volumi; l'*Istoria di un epidemia de' buoi dell'anno 1711*, Venezia 1712). Ed ancora i centosei volumi delle *Memoire de l'Academie Royal des Scences*, impressi ad Amsterdam dal 1699 al 1753, e gli scritti di Robert Boyle, Galileo Galilei, Pierre Gassend, Marcello Malpighi, Giambattista Morgagni, Isaac Newton, Luc'Antonio Porzio, Francesco Redi, Francesco Serao, Luca Tozzi.

Non manca, comunque, un considerevole spazio riservato alle materie letterarie coerente alla concezione umanistica del medico-scienziato. L'*Index* riporta una nutrita sezione di autori del mondo antico: Giovenale e Flacco (Amsterdam 1684), Fedro (Napoli 1748), Lucrezio (Firenze 1647), Marziale (Parigi 1517), Omero (Amsterdam 1743), Ovidio (Amsterdam 1664), Plinio (Basilea 1530), Plauto (Lione 1577), Seneca (Venezia 1682), Tacito (Venezia 1665), Terenzio (Parigi 1541), Virgilio (Lione 1579). E prosegue con le edizioni de *Il Decamerone* del Boccaccio (Venezia 1585), *Il Pastor Fido* di Giovan Battista Guarini (Venezia 1621), l'*Orlando furioso* dell'Ariosto (Venezia 1626), le *Opere* di Giulio

Cesare Cortese (Napoli 1666), le *Rime* di Nicolò Amenta (Venezia 1703), le *Prose* di Pietro Bembo in due volumi (Napoli 1714), l'*Opera omnia poemata* di Jacopo Sannazzaro (Padova 1719), le *Prose* di Dante e Boccaccio (Firenze 1723), l'*Aminta* del Tasso (Venezia 1730), le *Opere drammatiche* di Pietro Metastasio in cinque tomi (Venezia 1743), la *Raccolta di Componimenti a Carlo III* di Nicolò Giovio (Napoli 1747). La «sezione letteraria», oltre ad una serie di dizionari e vocabolari (Adriano Politi, *Dizionario toscano*, Venezia 1615; Ambrogio Calepino, *Dictionarium octo linguae*, Lione 1663; Pietro Galessini, *Nuovo Dizzionario della lingua toscana e latina*, Milano 1711; *Vocabolario della Accademia della Crusca*, Venezia 1741; Ephraim Chambers, *Cyclopaedia*, Napoli 1748) include: i *Proverbi italiani* di Orlando Pescetti (Venezia 1618), i *Ragguagli di Parnasso* di Trajano Boccalini (Venezia 1629); gli *Emblemata* di Andrea Alciati (Padova 1661), l'*Arte di comporre lettere italiane* di Giovanni Battista Spinelli (Napoli 1678), *De' Pregj dell'eloquenza popolare* di Ludovico Antonio Muratori (Napoli 1701), lo *Specchio della lingua latina* di Giovanni Andrea Grifoni (Torino 1712), gli *Avvertimenti della lingua sopra il Decamerone* di Leonardo Salviati in due tomi (Napoli 1712), le *Dissertationes Accademicae* di Giacinto Gimma (Napoli 1714), i *Rudimenta linguae graecae* di Jakob Gretser; *Il segretario all'uso moderno, con un'aggiunta di lettere amorose* di Amedeo Giacinto Granazio (Venezia 1732), la *Phraseologia utriusque linguae latine, & italicae* di Placido Spatafora in due tomi (Napoli 1735), il *Thesaurus Synonimorum, & epithetorum, & phrasium poeticarum* (Venezia 1759). Infine, dopo un nucleo di opere a carattere religioso — testi biblici, biografie di santi, martiri e beati, libri di preghiere e pubblicazioni spirituali, devozionali e penitenziali — in biblioteca risultano disponibili opere di storia (dalla *Istoria d'Italia* di Francesco Guicciardini all'*Historia de' Monarchi Ottomani* di Giovanni Sagredo, fino alla *Istoria di Lodovico il Grande* di Filippo Cassoni) con particolare riferimento a quella napoletana, come: l'*Apologia di tre Seggi illustri di Napoli* di Antonio Terminio (Venezia 1581); il *Teatro Eroico, e Politico de' governi de' Vicerè di Napoli* di Domenico Antonio Parrino, in tre tomi (Napoli 1692); *Storia genealogica della famiglia del Ponte* di Girolamo Maria di S. Anna (Napoli 1708); l'*Historia del Regno di Napoli* di Angelo Costanzo (Napoli 1710); il *Genio bellicoso di Napoli* di Raffello Filamondo in due volumi in-folio (Napoli 1714); l'*Historia del Regno di Napoli* di Francesco Capecelatro,

in due tomi in dodicesimo (Napoli 1724). E, ancora, la *Raccolta di varj Scrittori del Regno*, registrata alla voce «Porsile Carlo» stampatore e non autore dell'opera, con lo «spoglio» dei diversi scritti: le *Antichità, e Nobilità di Napoli* di Benedetto De Falco, la *Nobilità della Città di Napoli* di Luigi Contarini, le *Croniche della Città di Napoli* di Giovanni Villano. Infine, in ossequio alla cultura antiquaria affermatasi proprio in quegli anni: il *De Ascia* di Alessio Simmaco Mazzocchi (Napoli 1739), e il *Catalogo degli antichi monumenti di Ercolano* di Ottavio Bayardi (Napoli 1755).

L'*Index librorum* degli Incurabili, dunque, offre allo studio e alla consultazione dei medici napoletani non solo i testi fondamentali della scienza italiana sei e settecentesca, ma anche di quella europea. Un polo biliotecario «speciale», sia pur quantitavamente circoscritto, che, nel raccogliere e ordinare libri, documenta il grande interesse per la cultura delle scienze coltivata nella capitale del regno e lo sviluppo del suo più importante nosocomio, di lì a poco, centro propulsore di incisive riforme nel campo dell'istruzione scientifica[26].

Estensore di alcune riflessioni a stampa sulla biblioteca dell'ospedale degl'Incurabili — occasione per fornire alcune notizie storiche e sottolineare l'assoluta indispensabilità di una strumentazione catalografica[27] — il dottor Gennaro De Rosa, socio archivista e bibliotecario della

[26] A partire dagli anni Settanta si registrerà un forte impegno di rinovamento delle strutture culturali partenopee con mirata attenzione all'istruzione scientifica. Con la riforma dell'Università del 1777, ad esempio, la principali cattedre della Facoltà di medicina (anatomia, chirugia, fisica sperimentale, ostetricia e oculistica) vengono trasferite dal palazzo dei regi Studi, fuori la porta di S. Maria di Costantinopoli, proprio nell'ospedale degli Incurabili. Su questi temi cfr. A. Rao, *Esercito e società a Napoli nelle riforme del secondo Settecento*, in «Studi Storici», 1987, 3, pp. 623-677; E. Chiosi, *Lo Stato e le scienze. L'esperienza napoletana nella seconda metà del Settecento*, in *La poltica della scienza. Toscana e Stati italiani nel tardo Settecento*, a cura di G. Barsanti, V. Becagli, R. Pasta, Firenze, Olschki, 1996, pp. 531-549; A. Borrelli, *Medicina e società a Napoli nel secondo Settecento*, in «Archivio Storico per le province napoletane», 1994, CXII, 123-177; A. Borrelli, *Editoria scientifica e professione medica nel secondo Settecento*, in *Editoria e cultura a Napoli nel XVIII secolo, Atti del convegno di studi, Napoli 5-7 dicembre 1996*, in corso di stampa.

[27] «Il catalogo fa la vita e la prosperità di una biblioteca; mettendo in mostra le opere esistenti richiama a se gli studiosi, invita gli amanti della gloria dello stabilimento a fornirgli le opere che mancano, risparmia inutili richieste di autori che si sa di non trovare, dà l'agio di cambiare con altre le opere duplicate. La compilazione del catalogo è indispensabile che si faccia da' giovani medici dello spedale, e sia alfabetico, cronologico e per materia — Quest'ufficio li mette nella necessità di familiarizzarsi coi libri e di amoreggiare singolarmente cogli osservatori, ed invogliarsi a farne degli spogli opportuni; di tener dietro al progresso, maneggiando i giornali che da tutto il mondo verranno senza meno inviati al grande ospedale... Osserviamo innanzi tratto che la Santa

reale Accademia medico-chirurgica, nel 1894, pubblica per i tipi dei fratelli Manfredi la *Relazione sulle carte e sui libri esistenti nella nuova Biblioteca della R. S. Casa degl'Incurabili*. Nell'introdurre la *Relazione* il De Rosa — ricevuto l'incarico il 10 agosto 1893 dal governo del pio luogo, su proposta del presidente dell'Accademia, di ordinare «i libri e le carte giacenti nella nuova aula destinata a Biblioteca» e di compilarne i relativi cataloghi[28] — non può nascondere il profondo «dolore arrecatogli dalla scomparsa dell'antica biblioteca» benché temperato dall'impianto della «prima Biblioteca Medica che sorge nel nostro paese», peraltro subito arricchita dal «dono dei libri ereditati dal celebre suo chirurgo Prof. *Francesco Petrunti*». L'autore, che dichiara di aver compilato «in ischede un catalogo misto, il quale indica per ordine alfabetico i nomi degli autori e le materie, ed ha un richiamo delle opere alle diverse classi dello scibile», prosegue illustrando, in sequenza topografica, la consistente dotazione della nuova biblioteca disposta «in cinquanta grandiosi armadii»: dopo quelli numerati da uno a sei, e contenenti «libri di storia, di biografie, di morale, di filosofia, di letteratura, di Storia naturale... Negli altri cinque armadii, che seguono son radunati i libri antichi, del 500, 600 e 700». Ma anche se «Qui i libri di jeri non mancano», l'approssimativa e disordinata descrizione bibliografica delle opere, così come l'assenza di documenti d'archivio, non consente, per ora, la formulazione di alcuna ipotesi su eventuali passaggi di materiali bibliografici dall'una all'altra biblioteca.

La dispersione anche della biblioteca raccolta, con tenacia e passione, dallo stesso De Luca alla fine dell'Ottocento[29] deve considerarsi una

---

Casa, senza che gli si togliesse un soldo agl'infermi, fu provveduta da un illustre medico degl'Incurabili, il Tortora, di una ricca collezione di classici autori di medicina e scienze affini. Ebbe nel celebre Cotugno un Bibliotecario... Lettori erano un Sementini, un Macry, una Amantea, un Troja. Con questi lettori e Bibliotecario i libri non restavano polverosi. E se si deplora la fuga dall'opedale di questi tesori inestimabili dovuti al Tortora, ne fu cagione la mancanza dei lettori (!). Per questo nessuno dissentirà che la frequenza dei lettori guarda la esistenza della biblioteca, e la rende fruttifera. Quindi ognuno vede che un dotto bibliotecario, la frequenza dei lettori conservano i libri, e non dubitiamo di asserire che ne accresceranno il numero.... la Biblioteca era posta a fianco della galleria del Maciocca, dove risiedendo quegl'ingegni privilegiati, avevano l'agio di vigilare la confezione dei farmaci in vista degli infermi le cui sale gli stavano in prospetto». G. De Luca, *Biblioteca dell'Ospedale della S. Casa degl'Incurabili. Pensieri*, s.n.t., pp. 5-6, n. 7.

[28] Incarico svolto con la fattiva collaborazione «dell'applicato alla Biblioteca signor Roberto Cecere, e del custode Domenico Potenzano».

[29] La progressiva dispersione dei libri appartenuti all'ospedale degli Incurabili — per la quale

deprecabile replica di quanto già accaduto alla più antica, cospicua e prestigiosa libreria settecentesca — depositaria di un patrimonio di straordinario valore storico, culturale e bibliografico — il cui *Index* rappresenta, oggi, l'ultima memoria documentaria.

era stato pure sollecitato lo «sguardo benevolo del Ministero della Pubblica Istruzione» — viene confermata, ad esempio, dalla presenza (purtroppo non databile) nella biblioteca universitaria di Napoli del *De bis recepta Parthenope* di Giovanni Battista Cantalicio, impressa da Sigismondo Mayr nel 1506. Nel frontespizio della cinquecentina (segnatura Z.d.28) compare la nota manoscritta «Pertinet ad Bibliothecam hospitalis Incurabilium Neapoli». Cfr. MINISTERO PER I BENI CULTURALI E AMBIENTALI, UFFICIO CENTRALE PER I BENI LIBRARI, BIBLIOTECA UNIVERSITARIA DI NAPOLI, *Le Cinquecentine Napoletane della Biblioteca Universitaria di Napoli*, a cura di Giuseppina Zappella e Elvira Alone Improta, Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 1997, pp. 156-157, 208-209 n. 20. Dell'intero fondo ottocentesco custodito nella biblioteca, che De Luca descrive come «abbondante accolta di autori antichi e recenti.. in grado di bilanciare la preeminenza delle diverse dottrine dominate in medicina», sopravvive un inventario di poche pagine, redatto pochi anni or sono e attualmente depositato presso l'Archivio di Stato di Napoli.

CALOGERO VALENTI

Le fonti archivistiche della sanità in Sicilia (secc. XVIII-XIX)

La documentazione di carattere sanitario, relativa al Sette-Ottocento siciliano, è conservata soprattutto in alcuni specifici fondi dell'Archivio di Stato di Palermo, ma si trova anche sparsa in fondi non pertinenti dello stesso archivio, in quelli dell'archivio storico del comune di Palermo e, talvolta, tra i manoscritti posseduti dalla biblioteca comunale di Palermo.

Per il sec. XVIII riveste importanza particolare il fondo *Suprema deputazione generale di salute pubblica* (Archivio di Stato di Palermo), perché offre una documentazione che copre il periodo 1731-1818 e l'intera isola. Costituisce, in conseguenza, il riferimento essenziale per la ricostruzione dettagliata della politica sanitaria, svolta in quel tempo in Sicilia, e delle strutture tecniche che la espletarono. Vi si trovano le decisioni della deputazione, i dispacci inviati alle «università» siciliane e le «consulte» di queste ultime; inoltre, le istruzioni ai «vicari generali».

Per il '700 siciliano è pure di grande utilità il fondo del *Tribunale del Real Patrimonio* (Archivio di Stato di Palermo). Attraverso questo organo furono emanati, infatti, gli ordini regi e viceregi concernenti l'organizzazione della pubblica salute in Sicilia. Soprattutto, la serie *Lettere viceregie e dispacci patrimoniali* costituisce un'importante fonte indiretta di notizie sulle epidemie insorte nei centri abitati dell'isola. Si citano, a titolo esemplificativo, le notizie sui posti letto e gli ospedali esistenti nel luglio-dicembre 1738, gli atti relativi alla Deputazione di sanità, riferibili alla prima metà del sec. XVIII, le notizie sulla peste di Messina del 1743.

Utili allo studio della sanità in Sicilia nel '700 sono altresì le scritture della *Real Segreteria* conservate nell'Archivio di Stato di Palermo, nelle

tre serie che la compongono: gli *Incartamenti*, i *Dispacci* e le *Giuliane*. Alla segreteria viceregia, organo preposto all'amministrazione generale in Sicilia, spettava l'emanazione dei provvedimenti di maggiore rilievo nel campo sanitario, i quali evidenziano le linee generali della politica viceregia nei confronti della salute pubblica. Vi si trovano provvedimenti destinati a ospedali militari, istruzioni per l'approdo di navi infette, documenti relativi a numerosi ospedali civici della Sicilia.

Un fondo a sé stante è quello della *Suprema deputazione degli ospedali, ramo proietti* (Archivio di Stato di Palermo), istituita in Sicilia dal viceré Eustachio di Laviefuille con il compito di emanare norme per l'assistenza degli esposti. La documentazione copre gli anni 1750-1818.

Sugli ospedali palermitani del '700 è del pari utile la consultazione degli *Atti del senato*, custoditi presso l'archivio storico del comune di Palermo, e dei manoscritti conservati nella biblioteca comunale di Palermo. In questo archivio comunale si trovano anche documenti relativi alla ricordata peste di Messina del 1743.

Per il sec. XIX, la documentazione sanitaria è reperibile presso l'Archivio di Stato di Palermo nei seguenti fondi: a) *Soprintendenza generale di salute pubblica*, che copre gli anni 1819-1864. In particolare, sono stati individuati parecchi volumi il cui contenuto verte sulle epidemie che nel primo Ottocento si diffusero nelle province siciliane. Vi si rinvengono le decisioni del supremo magistrato di salute nei confronti delle epidemie di colera, delle risaie e delle zolfare. Particolare rilevanza hanno i cosiddetti *Giornali patologici*, presentati settimanalmente dai medici di tutta la Sicilia alla soprintendenza di Palermo allo scopo di denunciare i singoli casi di malattia; b) *Ministero e segreteria di Stato per gli affari di Sicilia presso sua maestà in Napoli* (1821-1860), ripartimento *Interno*, c) *Direzione centrale di statistica per la Sicilia* (1832-1862) - essi offrono numerose notizie sugli ospedali siciliani dell'800; d) *Prefettura* di Palermo (1860-1935) e *Intendenza* di Palermo (1820-1860), che contengono, congiuntamente, anche documentazione sanitaria relativa alla «valle» e provincia palermitana. Gli atti relativi a tale materia sono numerosi e di vario argomento: si riferiscono ad ospedali in genere o, in particolare, al cosiddetto «ospedale grande» del capoluogo siciliano, a quelli di S. Bartolomeo e del Meretricio, alla Casa dei matti di Palermo, all'Accademia omeopatica oppure a permessi per aprire aromatorie, all'assistenza ai proietti, a misure sanitarie, ad autopsie. Per gli anni del

secondo Ottocento, è possibile trovare scritture relative alla pubblica salute negli stessi fondi, soprattutto per quanto concerne gli esercenti attività mediche e paramediche, le case di cura, la vigilanza sul commercio delle medicine, le malattie sociali come la tubercolosi e la malaria e le epidemie di colera. Nella serie *Prefettura-Gabinetto* esiste una documentazione relativa ai sifilocomi, ai medici di porto per la visita degli emigrati.

È appena il caso di precisare che presso le sezioni di Archivio di Stato di ciascuna provincia siciliana i fondi *Intendenza* e *Prefettura* contengono pure analoga documentazione di carattere sanitario, che interessa i rispettivi territori. E ancora, presso l'Archivio di Stato di Palermo, di grande utilità si rivelano i seguenti fondi: a) *Consulta dei reali domini al di là del faro*, serie *Stati discussi comunali, provinciali e delle opere pie* (1820-1848 e 1850-1860), in cui è possibile rilevare in che misura incidessero le spese sanitarie nei bilanci comunali, provinciali e delle opere pie. Nel ripartimento *Interno* dello stesso fondo il materiale documentario si riferisce a ospedali civili e militari, alla vaccinazione, al cordone sanitario, all'elezione di medici comunali. Nella serie *Polizia*, pure dello stesso fondo, si trovano per gli anni 1819-1862 decreti concernenti la pubblica salute, relazioni su epidemie, cordone sanitario e ospedali; b) *Commissione centrale di vaccinazione*, istituita con r.d. 20-10-1818 per provvedere alla vaccinazione gratuita contro il vaiolo, la commissione ebbe giurisdizione su tutta la Sicilia e da essa dipendevano le commissioni provinciali; c) *Soprintendenza alle grandi prigioni* con atti relativi all'ospedale per i detenuti (1838-1862).

FRANCESCA VANNOZZI

L'ex ospedale psichiatrico S. Niccolò di Siena: un progetto di salvaguardia del suo patrimonio storico-scientifico

Da anni intercorrono tra l'Università degli studi di Siena, in particolare il Centro universitario per la tutela e la valorizzazione del patrimonio scientifico senese e l'Unità Sanitaria Locale 7 (Siena) rapporti di collaborazione sia a scopo di ricerca che di tutela, nei confronti del patrimonio storico dell'ex ospedale psichiatrico S. Niccolò di Siena. Ricordiamo al proposito la giornata di studi dal titolo «*La Storia della Psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'800*» (30 settembre 1989) e quella dal titolo «*Sulla salvaguardia dell'antico patrimonio scientifico degli ex ospedali psichiatrici toscani*» (7 ottobre 1994), nonché l'inventariazione degli antichi strumenti scientifici del S. Niccolò, effettuata dal Centro medesimo.

A seguito della circolare del dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà della Regione Toscana del 7 marzo 1995 che ha per oggetto la «*Tutela del patrimonio di interesse storico-scientifico del Servizio Sanitario Toscano*», ma soprattutto della l.r. 14/1996, è emersa la volontà da parte della USL 7, sempre con la collaborazione dell'ateneo senese e del dipartimento del diritto alla salute della Regione Toscana, di avviare un progetto organico e meglio dettagliato per la definitiva salvaguardia di tutte quelle testimonianze ancora esistenti, relative alla storia dell'ospedale psichiatrico senese.

Per una concreta realizzazione del progetto, articolato in più fasi, si è ritenuto opportuno puntualizzare le seguenti prime tappe necessarie al suo avvio e fornire così una panoramica dei materiali storici in questione:

1) adibire uno spazio adeguato all'interno dell'ex opera pia, quale deposito, per collocare con urgenza, visti i lavori di ristrutturazione in

corso dell'immobile, gli apparecchi già inventariati e comunque situati in locali disparati;

2) organizzare con urgenza una ricognizione approfondita di tutti gli attuali spazi, per segnalare altri eventuali materiali di interesse, da far trasportare nel luogo destinato a deposito;

3) individuare gli ambienti storici da salvare, coi relativi fondi storici (es.: atrio, archivio delle cartelle cliniche, biblioteca, farmacia, guardaroba, sotterraneo, reparti, padiglioni, ecc...);

4) catalogare i fondi archivistici, librari, strumentali (ad oggi visionati: cartelle cliniche storiche; biblioteca specialistica storica; archivio amministrativo; documentazione fotografica; arredo storico e collezione di vasi e bilance della farmacia; raccolta di strumenti medici, apparecchi e vetreria di laboratorio, (oltre cento pezzi, del XIX e XX secolo, in cattive condizioni); apparecchiature medicali degli ultimi decenni; macchina a mulino (già reperto di archeologia industriale); grande stadera; camici e cinghie di contenzione; progetti tecnici e tavole architettoniche dell'edificio; busti in gesso di emeriti professori; antichi arredi e suppellettili; registri della clinica di psichiatria; testimonianze dei lavori di ricoverati (tra cui una raccolta di scene manicomiali in terracotta);

5) progettare, con la ricerca delle risorse economiche e professionali adeguate, un itinerario espositivo tra i fondi e gli ambienti storici al fine di preservare la memoria storico-sanitaria del S. Niccolò.

Per tale complesso piano di recupero, la Regione Toscana ha stanziato per il 1997 un primo finanziamento necessario per la realizzazione:

a) del completamento della schedatura delle cartelle cliniche storiche. Si tratta di un fondo di circa 26.000 cartelle, suddiviso in fondo donne e fondo uomini, già in parte schedato con un prodotto informatico messo a punto dalla divisione elaborazione dati dell'Università di Siena per una ricerca finalizzata a due tesi di laurea. Il finanziamento sarà necessario per l'immissione dei dati, da effettuarsi tramite stipula di un contratto di prestazione d'opera, per la durata di un anno. La scelta dei dati della cartella clinica da immettere nel programma è stata effettuata grazie alla consulenza dell'istituto di psichiatria dell'ateneo senese. A conclusione dell'operazione, il S. Niccolò sarà uno dei pochi presidi psichiatrici ad essere in possesso di un fondo di cartelle cliniche adeguatamente catalogato;

b) di un deposito organizzato per la sistemazione degli strumenti scientifici, apparecchi e vetreria a suo tempo individuati ed inventariati dal Centro universitario (v. G. Terenna, F. Vannozzi: «Inventario del patrimonio dell'Unità Sanitaria Locale 30. Area Senese. Gli strumenti scientifici», Siena 1994) a cui si aggiungeranno quelli ancora da raccogliere a seguito di una necessaria verifica da effettuare nei locali del S. Niccolò. L'USL 7 avrebbe individuato come possibile sede utile per una prima collocazione di tale materiale storico lo stabile della vecchia farmacia posta all'ingresso del S. Niccolò, che andrà adeguata allo scopo.

I due progetti esposti, fasi iniziali di un piano di recupero del S. Niccolò, rientrano in un programma ben più vasto attuato dall'ateneo senese nei confronti di tutto il patrimonio storico-sanitario della città e della Toscana. Al riguardo si fa menzione, il triennio '97-'99, del progetto CNR per il «Censimento informatico del patrimonio storico-sanitario presente nei luoghi della sanità della Toscana», nonché il corso di aggiornamento professionaale per i dipendenti delle unità sanitarie locali e aziende ospedaliere toscane sul tema della «Salvaguardia del patrimonio storico-sanitario» organizzato dalla USL di Siena con il Centro universitario (Siena, ex o.p. S. Niccolò, 4 giugno 1997).

BIBLIOGRAFIA

F. VANNOZZI-A. CHERUBINI, *Un manoscritto inedito (1848) di Carlo Livi sul regolamento del Manicomio San Niccolò di Siena*, in *Atti del XXXI Congresso internazionale di storia della medicina, Bologna 30 agosto-4 settembre 1988*, Bologna, Monduzzi, 1988, pp. 417-419.

La legge 36/1904 e il manicomio di Siena, in «Quaderni del raggruppamento tosco-umbro-emiliano di storia della medicina», Siena 1988, 4, pp. 95-122.

F. VANNOZZI-A. CHERUBINI, *L'assistenza psichiatrica nella Toscana lorenese. I manicomi di Firenze e di Siena*, in *La Toscana dei Lorena. Riforme, territorio, società. Atti del convegno di studi, Grosseto 27-29 novembre 1997*, Firenze, Olschki, 1989, pp. 311-350.

F. VANNOZZI-A. CHERUBINI, *Il San Niccolò dal Lodoli al Livi, 1805-1873*, in *La storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'800. Atti della giornata di studi, Siena 30 settembre 1989*, Siena, Tipografia della Provincia, 1990, pp. 19-47.

F. VANNOZZI, *Proposizioni sulle malattie mentali e i manicomi in Italia, 1750-1850*, in *La storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'800. Atti della giornata di studi, Siena 30 settembre 1989*, Siena, Tipografia della Provincia, 1990, pp. 244-270.

F. VANNOZZI, *La vicenda manicomiale senese in un manoscritto di Carlo Livi*, in «Revue Internationale d'Histoire et Methodologie de la Psychiatrie», 1991, 3, pp. 47-57.

F. VANNOZZI, *Proposizioni sulle malattie mentali e i manicomi in Italia (1750-1850)*, in *Atti II congresso nazionale di storia della psichiatria*, Siena, Tipografia Senese, 1992, pp. 25-44.

F. VANNOZZI-L. PETRANGELI-M. NARDINI, *A proposito di tempi e luoghi della conoscenza e della cura della follia e dei folli*, in *Atti II congresso nazionale di storia della psichiatria*, Siena, Tipografia Senese, 1992, pp. 5-10.

F. VANNOZZI, *Il manicomio di San Niccolò in Siena*, in *Storia di Siena. Dal Granducato al 1860*, Siena, Al.Sa.Ba., 1996, voll. 2, pp. 335-350.

GIOVANNI VILLONE, LEONARDO MUSCI, EMILIO LUPO,
FAUSTO ROSSANO, DONATELLA TRAMONTANO

Chiude il manicomio, apre l'archivio. Progetto di recupero e fruizione dell'archivio del 'Leonardo Bianchi' di Napoli.

È in corso di svolgimento ormai da alcuni decenni nel mondo occidentale una profonda revisione degli approcci clinici alla psichiatria con un ripensamento sia delle categorie diagnostiche che dei suggerimenti terapeutici. Spesso nell'approccio alla sofferenza psichica si sono dovute registrare scelte fondate su basi scientifiche presuntive o, peggio, su convinzioni personali o di gruppi variamente egemoni. D'altro canto, l'attività diagnostica ed il trattamento del paziente psichiatrico coinvolgono lo specialista e lo inducono a mettere se stesso continuamente in discussione. Forse anche per questo gli stessi psichiatri sentono sempre più viva l'esigenza di confrontarsi con il loro passato per una riscoperta delle radici di questa branca della medicina e per una riflessione metodologica sulle scelte diagnostico-terapeutiche operate in epoche differenti.

Nell'ambito degli studi interdisciplinari che si stanno svolgendo sulla storia della psichiatria a livello internazionale, una fonte essenziale di informazioni è costituita dalle cartelle cliniche contenute negli archivi degli ospedali psichiatrici, le quali si trovano, in differente stato di sistemazione, presso le varie strutture[1].

L'emanazione in Italia, alla fine degli anni Settanta, della legge 180 sembrò aprire una nuova stagione negli studi di storia della psichiatria.

[1] Si vedano le preziose indicazioni di metodo contenute in A.L. BONELLA, *Gli archivi delle cartelle cliniche*, in *Fonti archivistiche e ricerca demografica, Atti del convegno internazionale, Trieste 23-26 aprile 1990*, in Pubblicazioni degli Archivi di Stato, Saggi, 37, 1996, pp. 1029-1043; per gli aspetti tecnici legati alla produzione corrente è ancora valido A. GATTAI, *Cartella clinica: compilazione, gestione-archivio, aspetti giuridici e medico-legali*, Organizzazione editoriale medico-farmaceutica, Milano 1979.

La prevista chiusura degli ospedali psichiatrici portò all'attenzione di molti ricercatori il problema del destino dei loro archivi, sia dal punto di vista della pura conservazione che da quello dell'utilizzazione delle fonti documentarie. Fino ad allora, infatti, le ricostruzioni storiche si erano basate unicamente sull'analisi critica delle fonti ufficiali e di quelle bibliografiche[2].

I primi a muoversi decisamente sul terreno delle valorizzazione delle fonti archivistiche furono alcuni ricercatori veneziani, che trovarono ascolto presso le autorità sanitarie e politiche e costituirono la fondazione S. Servolo[3]. Il metodo di lavoro da loro seguito, con il coinvolgimento contestuale di operatori sanitari, storici ed archivisti, rimane esemplare in studi di tal genere. Negli stessi anni in altre città del nord Italia furono impostati i primi lavori di riflessione basati su fonti documentarie: ad Alessandria, a Genova, a Reggio Emilia, a Parma, per citare alcuni esempi degli inizi degli anni Ottanta[4].

A questa fase seguì, però, un periodo di stanca, in linea con l'arenarsi dell'applicazione della riforma psichiatrica, ma anche a causa dall'indefinitezza della normativa sulla conservazione degli archivi di questo tipo. Infatti, la legge di riforma del sistema sanitario (833/1978), istituendo le unità sanitarie locali (usl), non risolve il problema della loro natura, al punto che si dibatté a lungo se le usl avessero personalità giuridica propria o fossero piuttosto organi operativi dei comuni[5]. Prevalendo questa seconda ipotesi, venne meno, in linea di massima, da

---

[2] Si veda in particolare R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979.

[3] Il frutto del lavoro della fondazione, che è la miglior testimonianza di una stagione di entusiasmo, è rappresentato da due volumi: *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una fondazione*, a cura di M. Galzigna e H. Terzian, Venezia, Marsilio, 1980, e *La follia, le norme, l'archivio. Prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, a cura di M. Galzigna, Venezia, Marsilio, 1984. Su S. Servolo si veda anche il numero monografico di «Provincia di Venezia», XIX, 4-6, 1995.

[4] Per Alessandria si veda *Il peso delle pareti*, Il Quadrante, Alessandria 1981; per Genova *I santuari della follia*, Provincia di Genova, Genova, 1980; per Reggio Emilia *Il cerchio del contagio*, Istituti ospedalieri neuropsichiatrici San Lazzaro, Reggio Emilia 1980; per Parma *Esperienze condotte a Reggio Emilia e a Parma e alcune ipotesi di utilizzazione delle fonti documentarie psichiatriche prima e dopo i manicomi*, maggio 1981 (ciclostilato).

[5] Sugli aspetti qui trattati si veda A.L. Bonella, *Gli archivi delle Unità sanitarie locali: problemi aperti e indicazioni operative*, in «Rassegna degli Archivi di Stato», XLVI/2, maggio-agosto 1986, pp. 400-411; si veda inoltre O. Bucci, *Gli archivi ospedalieri nel quadro della riforma sanitaria*, in «Rassegna amministrativa della sanità», 1982, 1-3, 6 pp. 312-319.

parte delle singole usl l'attenzione alla conservazione ed all'ordinamento delle proprie carte, operazione spettante all'ente titolare dell'*officium tutelae*, in questo caso, il comune. Lo stesso problema si pose nel rapporto tra usl ed archivi ospedalieri. Infatti, gli ospedali persero la loro autonomia per diventare presidi, cioè organi delle usl, vale a dire organi di organi del comune. In base ad una interpretazione strettamente letterale di alcuni articoli della legge 833, qualche archivio storico di ospedale venne trasferito presso l'archivio storico del rispettivo comune, dal momento che la norma dettava il passaggio nel patrimonio comunale dei beni in carico alla usl e, quindi, anche degli archivi[6]. Tutto ciò accadde con una certa frequenza soprattutto in Toscana[7].

Ma la legge creò anche discrepanze con la normativa archivistica ed in particolare con il d.p.r. 1409/63 tuttora vigente, che prevede che siano gli Archivi di Stato a ricevere in versamento gli archivi degli enti pubblici estinti[8]. Gli ospedali psichiatrici si configurano come enti in via di estinzione sia per la loro qualità di ospedali che per la loro specificità funzionale, abolita con la legge 180.

Le soluzioni adottate sono state diverse, ma, in genere, è stata l'incuria a farla da padrona, anche grazie al rimpallo delle responsabilità sulla destinazione delle carte. Gli archivi sono di norma rimasti nelle strutture ospedaliere, anche se in alcuni casi, la loro gestione culturale è stata assunta da centri di documentazione o di ricerca specializzati. Positivo è il ruolo giocato da alcune amministrazioni provinciali, enti che per decenni hanno avuto le principali competenze nel campo dell'assistenza psichiatrica[9]. In alcuni casi gli Archivi di Stato hanno avuto la

---

[6] In attuazione dell'art. 66 della legge 833, che affida alle regioni la tutela dei beni (e quindi anche degli archivi) degli enti soppressi, trasferendoli al patrimonio comunale con vincolo di destinazione alle usl.

[7] Si veda F. Morandini, *Archivi ospedalieri e manicomiali in Toscana: organizzazione dei nuovi archivi delle unità sanitarie locali*, in *La follia, la norma, l'archivio*, ...cit., pp. 210-206. Sull'opera di tutela del patrimonio storico-sanitario in Toscana si veda in questo volume lo scritto di Francesca Vannozzi.

[8] Tranne nel caso in cui si renda necessario il trasferimento parziale o totale presso altri enti che ne ereditino le funzioni. E non sembra questo il caso per le sezioni storiche degli archivi ospedalieri, così come per gli interi archivi di enti le cui funzioni siano definitivamente cancellate, come per gli ospedali psichiatrici.

[9] Oltre alle esperienze già citare nelle note 3 e 4, è il caso di ricordare le iniziative delle amministrazioni di Milano (per cui si veda A.M. Piedimonte, *Archiviazione degli atti degli ospedali psichiatrici moderni: problemi ed uso*, in *La follia, la norma, l'archivio*, ...cit., pp. 213-220),

possibilità di accogliere in versamento gli archivi delle strutture ex-manicomiali, come è avvenuto nei casi di Ferrara, Pesaro, Cremona, Lucca e Mantova.

Ma non sono mancati esempi di distruzione incontrollata di documentazione anche antica. Per altro, era la stessa normativa vigente che incoraggiava tali comportamenti. Infatti, una circolare del Ministero della sanità del 5 agosto 1968 stabiliva per gli ospedali l'obbligo di conservare le cartelle cliniche per venticinque anni, autorizzandone (anche se non imponendone) la distruzione allo scadere di tale termine. Dopo che emerse la coscienza dell'importanza di tale documentazione sia a fini di miglior tutela della salute dei cittadini che come fonte di storia sanitaria, il Ministero invertì radicalmente la direttiva con una circolare del 19 dicembre 1986, la quale stabilì l'obbligo della conservazione illimitata delle cartelle cliniche, definite 'preziosa fonte documentaria', consentendone lo scarto solo a seguito di microfilmatura sostitutiva[10].

Si nota, dunque, di recente un rinnovato interesse per gli archivi psichiatrici. Infatti gli archivi delle cartelle cliniche psichiatriche, ma in generale tutto il materiale inerente l'ospedalizzazione dei sofferenti psichici, costituiscono vere e proprie miniere di informazioni. Si possono evincere innanzitutto dati demografici: sesso, età, provenienza geografica, livello culturale, reddito della famiglia di origine (ricavato, se non da altro, da notizie sull'abbigliamento del ricoverato all'atto dell'ammissione), tipo del ricovero (se spontaneo o coatto e, nel caso, se sanitario o giudiziario), causa di eventuali decessi. Le implicazioni derivanti già dalla semplice analisi statistica di queste informazioni sono molteplici ed

---

Perugia (per cui si veda S. MARONI, *Fonti per la storia della psichiatria in Umbria: l'archivio dell'Ospedale psichiatrico di S. Margherita di Perugia*, in *Gli archivi per la storia della scienza e della tecnica. Atti del convegno internazionale, Desenzano del Garda, 4-8 giugno 1991*, a cura di G. PAOLONI, Accademia nazionale delle scienze detta dei XL, Roma 1995, pp. 1101-1115) e Roma (per cui si veda L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900, Amministrazione provinciale di Roma, Roma 1994: l'opera è in due volumi, il primo dei quali, a cura di A.L. BONELLA, si intitola *Fonti per la storia della follia: S. Maria della Pietà e il suo archivio storico - secc. XVI-XX*).

[10] Sull'argomento si vedano A.M. VECCHIETTI, *La conservazione delle cartelle cliniche: legittimità delle procedure do fotoriproduzione sostitutiva*, in «Rivista italiana di medicina legale», IV, 1982, 1, pp. 83-96, e E. GRILLO, *Gli archivi delle cartelle cliniche: la sostituzione degli originali cartacei*, in «Archivi & Computer», 1992, 1, pp. 51-61. Un discorso sulla microfilmatura, e oggi anche sulla riproduzione digitale, presuppone una discussione attenta su valore legale, modalità di riproduzione, procedure amministrative, responsabilità di conservazione e altro.

aprono uno squarcio nel pesante sudario di silenzio troppo spesso e fin nella storia recente calato sulle realtà manicomiali.

Si possono rileggere le impostazioni diagnostiche alla luce delle attuali categorie, sia generalmente concettuali che propriamente scientifiche. Un tale tipo di lavoro ha già dato frutti nell'individuazione della presenza di malati di morbo di Alzheimer ad insorgenza precoce geneticamente determinato tra i ricoverati presso il presidio psichiatrico di Girifalco in Calabria[11]. Si possono evidenziare nelle proposte terapeutiche motivi di ripensamento sui trattamenti attuali, per cogliere, ad esempio, tristi continuità nelle tendenze contenitive dei cosiddetti agitati.

È già in atto una proficua collaborazione internazionale tra vari centri di storia della medicina (come quello dei National Institutes of Health di Bethesda presso Washington, della Wellcome Foundation di Londra, dell'Istitut Louis Jeantet d'Histoire de la Médecine di Ginevra), che hanno stipulato accordi e convenzioni con le locali strutture di assistenza psichiatrica, allo scopo di inquadrare lo studio sulle cartelle cliniche di pertinenza psichiatrica in maniera omogenea, utilizzando tracciati informatizzati di schedatura e supporti informatici compatibili. In tal modo i risultati delle singole ricerche in svolgimento nei singoli Paesi possono essere utilmente scambiati tra i ricercatori delle varie sedi. Per raggiungere una tale finalità sono, ovviamente, necessarie sinergie d'azione tra le specifiche competenze di più specialisti: archivisti, storici della medicina, psichiatri[12].

Nel caso del 'Leonardo Bianchi' di Napoli, le cartelle cliniche, corredate dai libri amministrativi relativi a tutte le procedure di gestione assistenziale, comprendenti anche le cartelle del precedente manicomio del Sales, rappresentano un potenziale testo di studio e di ricerca di raro valore per una ricostruzione fedele delle pratiche assistenziali e gestionali attuate in un arco di tempo superiore al secolo. Per altro, tra esse, sono reperibili le cartelle relative alla degenza di note personalità del campo artistico e culturale. D'altra parte, la struttura stessa della car-

[11] A.C. Bruni - M.P. Montesi, *Malattia di Alzheimer familiare: la storia della medicina applicata ad una ricerca*, in *Alla ricerca di un futuro possibile*, II, *Le radici del nostro futuro*, a cura di D. Tramontano e G. Villone, Bologna, Andromeda, 1997, pp. 199-209.

[12] Ci piace ricordare che la voce *Bianchi Leonardo* per *il Dizionario biografico degli Italiani* è stata redatta a quattro mani da Mario Santoro ed Elvira Gencarelli, quest'ultima compianta archivista di Stato.

tella clinica e la massa di informazioni richiesta dalla modulistica sanitaria rivelano una struttura mentale sottesa ed una adesione a determinate teorie medico-scientifiche, come si nota dalle scelte classificative delle problematiche psichiatriche[13].

Il 'Leonardo Bianchi' è costituito da oltre trenta edifici, per una superficie coperta di circa 78.000 mq, dislocati in un'area di circa 220.000 mq., molto ricca di verde, originariamente utilizzata come Campo di Marte per esercitazioni militari, e scelta, alla fine del secolo scorso, per il nuovo manicomio provinciale di Napoli, destinato a sostituire il vecchio manicomio del Sales, divenuto insufficiente per le esigenze della popolazione. L'originaria costruzione dell'ospedale fu deliberata dall'Ammistrazione provinciale di Napoli nel 1890, in seguito alle relazioni degli psichiatri Buonomo, Bianchi e Venturi. I lavori di costruzione durarono sino al 1899, ma l'attivazione effettiva della struttura, sotto la direzione di Leonardo Bianchi, di cui successivamente l'istituto prenderà il nome, si poté realizzare soltanto nel 1909, a causa di complesse controversie sorte tra la Provincia e la ditta appaltatrice, che si prolungarono per quasi un decennio.

Il manicomio è situato sulla collina di Capodichino, a nord-est di Napoli, a 85 metri sul livello del mare. La collocazione e la tipologia edilizia generale, nonostante le dimensioni, ne fanno una struttura del tutto dissimulata, difficilmente individuabile e identificabile dall'esterno. Per la costruzione fu adottato il criterio a padiglioni staccati: ancora oggi, infatti, il manicomio appare diviso in tre zone, di cui la centrale è costituita da corpi di fabbrica destinati ai servizi e le due laterali dai padiglioni utilizzati per la degenza dei pazienti, per le donne a sinistra e per gli uomini a destra.

Il manicomio di Capodichino si pose rapidamente come luogo di ricovero tra i più moderni e spaziosi non solo d'italia, ma dell'intera Europa: esso avrebbe ricoverato sino a 3500 persone! Grazie all'opera di Leonardo Bianchi e di alcuni suoi successori fu considerato come un importante centro di ricerca e di cultura, con risonanza anche interna-

[13] Per esempio, nel nostro caso, Terzian rileva come le idee di Leonardo Bianchi, ancora alla fine degli anni Venti, condizionassero fortemente, e a suo parere anacronisticamente, la classificazione delle malattie mentali seguita nella compilazione della cartella clinica napoletana: cfr. H. Terzian, *La formazione di una archivio dell'emarginazione e della follia. Prospettiva di ricerca e riflessioni*, in *L'archivio della follia*, ...cit., pp. 17-52, in particolare alla p. 34.

zionale. Di fatto, esso può essere considerato come la rappresentazione più concreta di quella psichiatria italiana che s'andava costituendo e che, nel periodo tra l'unificazione nazionale e la grande guerra, sembrò aver stabilito in maniera pressocché definitiva il suo statuto scientifico-socio-culturale.

La nascita e la storia del 'Bianchi' sono, quindi, strettamente intrecciate con quelle della psichiatria italiana, della quale hanno seguito tutte le evoluzioni, a partire dalla promulgazione della legge del 1904, il cui relatore fu proprio il parlamentare Leonardo Bianchi, e del successivo regolamento d'attuazione del 1909. Ciò almeno fino agli anni Settanta: ad eccezione infatti di alcuni fermenti e di alcune significative esperienze di apertura territoriale, purtroppo isolate, ostacolate e fatte interrompere, da quegli anni in poi il 'Bianchi' appare chiuso in maniera pressocché totale ai sostanziali cambiamenti che hanno caratterizzato in quel periodo la concezione e l'assetto di tutta l'assistenza psichiatrica, non solo italiana, e che trovarono espressione concreta nella legge di riforma psichiatrica del 1978.

È innegabile che nella coscienza collettiva il 'Bianchi', nel bene e nel male, ha rappresentato — e, se vogliamo, rappresenta tuttora — la struttura-simbolo dell'assistenza psichiatrica, non soltanto in Campania: ciò in parte rende ragione sia dei suoi numerosi aspetti di struttura pietrificata, quasi immodificabile sul piano funzionale, che delle incredibili resistenze che da più parti emergono in rapporto alla sua effettiva chiusura.

Come tutti i manicomi, infatti, il 'Bianchi' è chiuso dall'inizio degli anni Ottanta a nuovi ricoveri e destinato alla definitiva dismissione: ma tale obiettivo in questi anni non sembra essere mai stato preso in seria considerazione da nessuno, come se fosse ritenuto impossibile[14]: basti pensare che all'inizio del 1994 erano ancora ricoverate 775 persone, alloggiate in strutture fatiscenti e degradate, e comunque assistite secondo modalità totalmente difformi rispetto alla nuova cultura psichiatrica. Forse soltanto negli ultimi tempi si comincia a ritenere possibile la dismissione, anche perché in questo periodo il 'Bianchi' sembra essere

[14] Lo stato di abbandono è reso evidente persino dalla dizione di 'residui manicomiali', che non si riferisce soltanto alle suppellettili e neppure solo a libri e documenti (spesso veri tesori!), ma persino ai pazienti degli ospedali psichiatrici.

uscito dalla posizione di oggetto dimenticato, rimosso dalle coscienze, per riapparire in tutta la sua reale dimensione di struttura manicomiale che, pur tra timori, nostalgie e rimpianti di tantissimi, a pari titolo delle altre realtà italiane, si sta muovendo nella giusta direzione della dismissione[15].

L'attivazione di un processo di apertura per la realizzazione di una corretta chiusura permette anche la valorizzazione di alcuni dei tesori culturali che sinora sono rimasti nascosti nel 'Bianchi'; tra i quali la biblioteca storico-monumentale e l'archivio, nel quale spicca la serie delle cartelle cliniche. Si ritiene che la consistenza complessiva dell'archivio, per quanto attualmente rilevabile, sia stimabile in circa 350-400 metri lineari, con circa 55.000 cartelle cliniche. Si pensa di poter sistemare tale complesso documentario in quattro ambienti di circa 20 mq ciascuno, prevedendo l'allestimento di una contigua sala studio. Dovranno essere individuati adeguatamente i punti luce sia per gli ambienti che accoglieranno l'archivio che per la sala studio. Le sale saranno dotate di sistema anti-incendio e possibilmente anti-fumo. Si avrà cura di mantenere i corretti parametri fisici di conservazione (temperatura-umidità). Non sarebbe opportuno, poi, trascurare le esigenze della sicurezza, prevedendo un adeguato sistema di allarme. Una volta predisposti i locali, si procederà alla scaffalatura, preferendo gli scaffali di metallo zincato inossidabile. Contemporaneamente all'allestimento dei locali devono essere messe in cantiere due attività indispensabili: da un lato un intervento di spolveratura e di eventuale terapia di quelle porzioni del

[15] La normativa nazionale in materia dispone la definitiva chiusura di tutte le strutture manicomiali entro il 31 dicembre 1996, prevedendo, per altro, delle penali per le asl inadempienti, mediante riduzione dei relativi capitoli di finanziamenti sulla spesa sanitaria delle regioni cui tali asl appartengono. Nel dicembre 1996 una circolare del Ministero della sanità, nell'ottica che la dismissione dovesse essere una operazione sanitaria piuttosto che meramente amministrativa, ha ulteriormente promosso le iniziative già attivate precedentemente (dal 1994) presso il 'Bianchi' e con ancora maggiore lena ci si è mossi per rinvenire, attrezzare ed organizzare strutture territoriali nelle quali attuare modelli di assistenza psichiatrica alternativi all'internamento, che fossero al contempo rispettosi delle esigenze di salute degli ex ricoverati nei manicomi e dell'ambiente circostante nel quale essi vanno ad inserirsi. Nonostante le difficoltà di ogni genere che si incontrano lungo questo cammino, a tutto il 31 maggio 1997, i ricoverati presso il 'Leonardo Bianchi' si sono ridotti a 483. Oggi il rischio è rappresentato dall'indolenza di molte aziende sanitarie nella progettazione di piani che consentano la allocazione adeguata dei pazienti dismessi degli ex ospedali psichiatrici; in assenza di progetti credibili ed attuabili, infatti, alla data del 31 dicembre 1997 è da temere che persone che hanno passato una vita in manicomio divengano preda di interessi privati sorti intorno alla loro ricollocazione.

fondo archivistico eventualmente affette da patologie, mediante, se del caso, disinfezione e disinfestazione, operazione questa che costituisce un investimento per il futuro, poiché in seguito sarà sufficiente una spolveratura ordinaria con periodicità annuale; dall'altro l'acquisizione dei contenitori per la conservazione definitiva del materiale, preferendo scatole rigide, di compensato o materiale simile rivestito di carta, chiuse con lacci o ad incastro che consenta ai documenti di respirare, cosa non garantita dai contenitori di plastica; si avrà cura di richiedere e verificare una buona qualità delle colle utilizzate per assemblare i contenitori, al fine di evitare, come purtroppo è accaduto altrove, che i collanti si rivelino corrosivi chimici o gradito alimento per parassiti che attaccano i documenti. Il trasferimento della documentazione dalle attuali due sedi provvisorie alla sede definitiva sarà effettuata sotto la supervisione di un archivista, per essere certi di rispettare l'ordine, o anche il disordine, con cui le carte si presentano attualmente e di replicarlo nella nuova struttura in vista dell'analisi.

Solo dopo aver attuato questa prima indispensabile opera di recupero fisico si può passare al successivo lavoro di ordinamento e schedatura. In esso si riconoscono due fasi. La prima prevede un'azione di ricognizione archivistica: occorre decodificare le seguature, ricostruire le serie, studiare i modi di formazione dei documenti e delle unità archivistiche, comprendere le relazioni tra le diverse tipologie documentarie e così via, lavoro che deve concludersi entro pochi mesi con la stesura di un primo strumento di consultazione sotto forma di inventario sommario o guida. La qualità di questo prodotto è direttamente proporzionale al grado di analiticità che si intende raggiungere in prima battuta. Già in questa prima fase, ma non si esclude che possa essere utile, se non addirittura necessaria, anche nella fase preliminare di recupero, risulta indispensabile una interazione tra archivisti, storici e psichiatri, collaborazione che diventa ineludibile nella seconda fase, quella che prevede la schedatura delle singole posizioni personali, secondo tracciati informatici che occorrerà attentamente studiare per contemperare gli standard di descrizione archivistica e la necessità di strutturare una potente banca dati. A tale proposito l'esistenza in italia e all'estero di esperienze già avviate o in corso di impostazione, anche dal punto di vista informatico, suggerisce la possibilità che Napoli promuova attivamente una discussione critica di quanto realizzato o progettato; quest'opera di stimolo al dibattito può

essere realizzata anche prima che il lavoro all'archivio del 'Leonardo Bianchi' giunga alla fase analitica.

Riguardo alla consultabilità futura c'è da ricordare che il limite alla libera consultabilità di documenti relativi a situazioni personali (come sono indubbiamente quelli conservati nell'archivio delle cartelle di un ospedale psichiatrico) è posto a 70 anni dalla data del documento, salvo deroghe per studi particolari, concesse con l'obbligo di omettere le generalità del soggetto studiato. È possibile però utilizzare i dati relativi alle persone senza svelare l'identità dei singoli, grazie a programmi computerizzati che stabiliscono livelli differenziati di accesso alla banca dati tali che le informazioni relative all'identità personale, note al gestore dell'archivio, rimangano nascoste agli utenti. Il limite dei 70 anni non è ovviamente valido nei casi di elaborazioni quantitative dei dati e nel caso (qui però forse solo teorico) che non si riscontri il carattere privato delle informazioni contenute nei documenti. Occorre poi analizzare tale materia anche alla luce delle recentissime norme di legge a tutela della riservatezza nel caso di dati personali conservati in archivi elettronici.

Gli investimenti richiesti per realizzare un lavoro come quello descritto ammontano ad alcune centinaia di milioni di lire, che costituiscono incontestabilmente poca cosa nel bilancio di enti locali territoriali coinvolti nella proprietà e/o nella gestione delle strutture già manicomiali (azienda sanitaria locale, regione, comune), specialmente a fronte della ricchezza di scambi nel cui circuito si troverebbero coinvolti. Eppure la carenza di progettualità e di fondi dell'attuale momento storico porta a guardare piuttosto ad altre fonti di finanziamento: all'Unione europea (il progetto INFO 2000, al secondo punto, parla dello «sfruttamento delle informazioni nel settore pubblico in Europa» e gli archivi degli ospedali psichiatrici contengono certamente informazioni del settore pubblico) e soprattutto a una sana collaborazione pubblico-privato. Questa potrebbe dare buoni frutti riservando al pubblico i compiti di individuazione delle finalità e di controllo dei risultati e al privato i compiti di progettazione e reperimento dei fondi, anche a fronte di un ritorno, ormai non più scandaloso per alcuno, di immagine pubblicitaria o di profitto per attività collaterali o satelliti.

CARMINE ZICCARDI

Gli archivi ospedalieri: il caso di Pavia

L'ospedale S. Matteo di Pavia

«Il primo introdotto per l'ordinario» — ricorda il Fedeli — «è il Segretario delle cose del «Sanza dubio credete quello che dico. Dovunque vada mecho porto sempre lo spitale e non posso fare senze. Temo nonvi rifredate o atediate nele opere de la pieta e de tanta pieta quale quella. Guardatevi per lo omnipotente Dio vi prego non ricevate done ne puti ne vechi ma solamente infermi decumbenti de infirmita curabile. Altramente arete gran pericoli, fastidi e scandali. Quanto so e posso in la pasione di iesu christo salvatore nostro vi exorto, e per amore suo caramente vi priegho, che linfermi siano tratadi e serviti non come signori ne come re o cardinali, ma come esso christo se fusse li visibilmente nela nostra natura assumpta. Fate quella infirmaria lusa splendisca come il cielo stellato nela note serena. Nele vostre case verso la vostra famiglia scarsegiate come vi piace, ma circa linfirmi siate magnifici e liberalissimi spenditori, pero che christo, cuius est terra et plenitudo eius, il quale à nela sua possanza e dominio le richeze del mondo, non vuole scarsi e miseri spenditori, ma prudenti e liberali. Molto vi ricomando la famigla delo spitale in tutti li suoi bisogni corporali, pero che la faticha loro è continua e granda, priego loro. Di enote con gran vigilantia, prudentia diligentia e patientia servino linfermi. Stiano insieme in pace e in carita e per nesuno modo abbiate con loro patientia se sono superbi, inobedienti e conteciosi, e se manchano in questo siano moniti e correcti...»[1]

scrive l'ardente predicatore fra Domenico da Catalogna, fondatore dell'ospedale «S. Matteo» di Pavia.

L'ente ospedaliero pavese nasce infatti per iniziativa del frate dell'ordine domenicano del convento di S. Apollinare il 29 dicembre 1448.

Si costituisce, dapprima, una «Società» o «Confraternita» con dodici

[1] Lettera del 12 febbraio (1459?) di frate Domenico da Catalogna a Giorgio Brezzo di Pavia, componente la società o confraternita S. Matteo. Archivio di Stato di Pavia, ospedale S. Matteo di Pavia, Direzione.

soci[2] nella sede del priorato di S. Matteo presso porta Laudense, a nord della città, dove «Antiqua aderat Ecclesia sub vocabulo S.ti Matthaei», e occupa, inizialmente, un immobile, più due case di proprietà del Duca. Il 6 febbraio 1449 riceve l'assenso di Francesco Sforza e il 15 settembre la confraternita è assegnataria, con bolla del papa Nicolò V, del soppresso priorato, con tutti i beni e i diritti, di S. Matteo.

La struttura e il funzionamento dell'ospedale sono fissati dal fondatore negli statuti degli anni 1450-51, di cui se ne conservano ben tre presso l'Archivio di Stato pavese, con l'archivio dell'ente.

L'ospedale inizia la propria attività alla vigilia di S. Giovanni del 1456 con l'accettazione del primo malato proveniente dal Monferrato. La prima donna, Margherita Robiate, viene ricoverata il 17 luglio 1489.

In questi anni difficili Pavia è devastata da guerre, assedi e invasioni. Gli ospedali esistenti versano in gravissime condizioni e gli infermi sono privi di assistenza e di cura[3]. L'umile frate allora pensa ad un centro assistenziale per gli ammalati unificando e fondendo tutte le organizzazioni esistenti.

Con il concorso volontario di molti cittadini, il 29 giugno 1449 si pone, all'angolo dell'infermeria lunga, di fronte alla porta della Chiesa Nuova, la prima pietra per la costruzione dell'ospedale alla presenza del vescovo di Pavia Giacomo Borromeo[4].

A Pavia, antica capitale e sede di una corte tra le più ricche d'Europa, opera già uno «*Studium generale utriusque iuris tam canonici quam civilis necnon philosophiae, medicinae et artium liberalium*», istituito con diploma di Carlo IV del 13 aprile 1361 su volere di Galeazzo Visconti. Ovviamente le due istituzioni, nelle quali la città riconosce la propria

---

[2] Ai dodici soci iniziali se ne aggiungono altri venticinque l'anno seguente.

[3] *Opicino De Canistris*, nel 1330, ne elenca dieci «*infra videlicet extra primum murum et intra secundum et tercium*» (ospedale di S. Michele, ospedale di Porta Aurea, ospedale di S. Brigida, ospedale dei Cruciferi, ospedale di S. Martino fuori porta, ospedale di S. Maria in Pertica, ospedale di Carità, ospedale di S. Biagio, ospedale di S. Ivenzio e ospedale di S. Margherita) e sei «*in circuitu et prope civitatem*» (ospedale di S. Lazzaro, ospedale di S. Eustachio, ospedale di Porta S. Giustina, ospedale fuori Porta Palatina, ospedale di S. Antonio e ospedale oltre Ticino).

[4] «*De anno curso MCCCCXLIIII in die festi S. Petri Apostoli de mense iunii inceptum fuit Hospitale Sancti Mathei papie et positus fuit primus lapis in angulo infirmarie longhe deversus portam ecclesie nove per Rev. Dominum Jacobum De Borromeis Dei gratia episcopum papiensem anno 2° dominationis civitatis papie Ill.mi Domini Francisci Sfortie*». Da Mangili O., *L' Ospedale S. Matteo di Pavia - Origini vicende ed episodi in cinque secoli di vita* - 1449-1949, a cura dell'Amministrazione Ospitaliera, Pavia 1969, p. 28.

identità, hanno sempre intrattenuto tra loro una feconda collaborazione che dura ancora oggi[5].

L'ente assorbe, successivamente, altri ospedali ed istituzioni benefiche ed ecclesiastiche pavesi soppressi e, con i beni, riceve anche tutte le carte di acquisti, locazioni, atti giudiziali e sentenze, protesti, conti, investiture, divisioni, decreti relative a S. Pietro in Ciel d'Oro, a S. Maria in Pertica, a S. Epifanio, a S. Chiara, a S. Lanfranco, a S. Ivenzio, ai SS. Gervaso e Protaso, a S. Dalmazio, a S. Tommaso, all'ospedale degli Esposti, ecc..

Tutte le vicende dell'ospedale pavese sono quindi racchiuse in queste carte.

Negli anni '80 l'archivio, comprendente oltre 4500 pergamene, numerosissime mappe e moltissima documentazione cartacea di notevole interesse storico, viene depositato presso l'Archivio di Stato di Pavia a seguito di una convenzione stipulata il 1 luglio 1980 e autorizzata dall'Ufficio centrale per i beni archivistici il 20.12.1980.

La documentazione sanitaria

Gli archivi ospedalieri conservano documenti di una ricchezza e di una rilevanza notevole: ma la loro importanza non è solamente nella documentazione cosiddetta amministrativa ma anche in quella sanitaria ed in particolar modo nelle cartelle cliniche e allegati.

Queste carte offrono preziosissime notizie non solo ai fini della ricerca clinico-statistica ma anche ai fini medico-legali e per lo studio della società nelle sue varie e molteplici articolazioni.

Purtroppo di questo materiale pochissimo si è conservato.

Dell'obbligo della conservazione e dell'ordinamento dei propri archivi spesso gli amministratori si dimenticano. Occorre coinvolgerli in un meno distratto interessamento per il patrimonio archivistico e sollecitarli ad una riflessione sui problemi di conservazione e di valorizzazione di detti beni, anche in considerazione dell'art. 18 del d.p.r. n. 1409/1963 che stabilisce la demanialità e la inalienabilità degli archivi statali e degli enti pubblici.

---

[5] Gli archivi dell'antica università di Pavia (1361-1897) e dell'ospedale «S. Matteo» (secc. X-XIX) sono entrambi conservati presso l'Archivio di Stato di Pavia.

Proprio dagli amministratori di ospedali si sente dire che non è possibile avere cura delle vecchie e polverose «inutili» cartacce perché altri problemi più urgenti assillano gli operatori: l'assistenza e la cura dell'ammalato. Può sembrare un paradosso: ma si cura meglio il paziente se si conservano anche le carte.

La cartella clinica, la cura del paziente e la ricerca scientifica

La cartella clinica è infatti quel documento dovuto che raccoglie, con gli allegati, tutti gli elementi di un ricoverato, dall'anamnesi all'esame obiettivo, dai referti delle analisi di laboratorio e strumentali al diario clinico. Se si conoscono tutte le vicende del paziente, dalla nascita al momento del ricovero e se si hanno a disposizione tutti i documenti, è possibile offrire un'assistenza più adeguata e con i migliori risultati. Per questo si era proposto, nelle visite ispettive dello scrivente[6] presso il nosocomio pavese, la cartella unica per paziente, come si dirà più avanti. Ciò potrebbe essere ancora più utile specialmente in un periodo in cui si parla di rete globale metropolitana ed in particolare, per i servizi sanitari, di un centro unico di prenotazione con sistema avanzato, di integrazione delle strutture pubbliche con le realtà private, di supporto all'attività medico-professionale, di prevenzione a domanda individuale, di recapito referti e farmaci a domicilio, di anagrafe sanitaria, di rete tra ospedali-medici-centri sociali-farmacie-cittadini e, soprattutto, di letto telematico e di ricovero domiciliare con trasmissione e ricezione di dati, di telediagnosi, di teleconsulto, di elaborazione di immagini mediche, di integrazione di servizi diagnostici[7].

[6] Si compilava inizialmente per ogni paziente una cartella clinica ad ogni rientro anche in presenza di una stessa patologia. Ciò ovviamente comportava dispendio di tempo, produzione inutile di carta, difficoltà di gestione del materiale archivistico, ma, soprattutto, frantumazione e duplicazione dell'unità archivistica.

[7] L'idea della cartella unica per paziente viene accantonata per problemi non certamente di utilità e necessità ma per ragioni «soggettive» (esclusività della ricerca) e di organizzazione (locali, personale qualificato, immediatezza della ricerca). Viene comunque adottata la validità biennale della cartella clinica del paziente con evidenti vantaggi. Dalle circa 45.000 cartelle per anno prodotte precedentemente si passa a circa la metà con il nuovo sistema con notevole risparmio di risorse umane, di tempo e di spazio nonché con notevoli vantaggi per il paziente e per la ricerca scientifica, come ormai tutti gli operatori ammettono.

Alcune notizie riportate in cartella vengono raccolte al momento dell'impianto del documento. Nei ricoveri successivi si raccolgono ancora gli stessi dati.

Ma il paziente spesso non ricorda tutto il passato o può arrivare in ospedale in condizioni tali da non poter rispondere. Per un intervento immediato ed urgente ci si affida allora alla buona sorte, se non si dispone di una memoria archivistica organizzata e costantemente aggiornata. Di qui la necessità di avere sempre a disposizione i dati utili e indispensabili del paziente ed in tempo reale.

Si dice che alcuni soldati che hanno operato in Africa, anni or sono, siano stati colpiti dal virus dell'AIDS con la conseguente morte. Avere a disposizione oggi tutta la documentazione sanitaria dei militi deceduti potrebbe risultare utile ai fini di una maggiore conoscenza della «peste del duemila» con evidenti benefici per la scienza e per l'uomo.

Di questo sono coscienti molti medici tanto che quando vogliono conoscere, studiare, approfondire alcune problematiche vanno alla ricerca disperata, specialmente per la prepazione di interventi a congressi medici, delle cartelle dei pazienti affetti da un determinato male, provenienti da certe zone, addetti ad identiche lavorazioni perché da una campionatura ampia e osservando una determinata casistica è possibile stabilire nuovi traguardi, formulare nuove ipotesi, applicare nuove metodologie, avviare nuovi interventi e scoprire nuovi segreti per combattere di più e meglio i mali che affliggono l'umanità.

Ma, a parte questo, se esiste l'obbligo della cartella è perché questo documento non è solo utile ma è anche necessario. Se si riconosce l'indispensabilità dell'atto occorre allora conservarlo. Problemi di spazio, trascuratezza degli addetti, confusione sulla responsabilità della tenuta della cartella clinica e non conoscenza delle sanzioni anche penali previste dalle vigenti leggi creano dispersioni, incuranza, abbandono degli archivi.

In un periodo dove i parti avvengono quasi esclusivamente in ospedale, si potrebbe pensare ad un documento sanitario obbligatorio, da conservare cosi come la cartella clinica, che nasce con l'individuo e che lo segue per tutta la vita. Oggi, infatti, per il bambino che nasce in ospedale si compila una scheda (forse non in tutti gli ospedali), e non una cartella clinica, in quanto non è un ammalato.

Proprio dagli amministratori di ospedali si sente dire che non è possibile avere cura delle vecchie e polverose «inutili» cartacce perché altri problemi più urgenti assillano gli operatori: l'assistenza e la cura dell'ammalato. Può sembrare un paradosso: ma si cura meglio il paziente se si conservano anche le carte.

La cartella clinica, la cura del paziente e la ricerca scientifica

La cartella clinica è infatti quel documento dovuto che raccoglie, con gli allegati, tutti gli elementi di un ricoverato, dall'anamnesi all'esame obiettivo, dai referti delle analisi di laboratorio e strumentali al diario clinico. Se si conoscono tutte le vicende del paziente, dalla nascita al momento del ricovero e se si hanno a disposizione tutti i documenti, è possibile offrire un'assistenza più adeguata e con i migliori risultati. Per questo si era proposto, nelle visite ispettive dello scrivente[6] presso il nosocomio pavese, la cartella unica per paziente, come si dirà più avanti. Ciò potrebbe essere ancora più utile specialmente in un periodo in cui si parla di rete globale metropolitana ed in particolare, per i servizi sanitari, di un centro unico di prenotazione con sistema avanzato, di integrazione delle strutture pubbliche con le realtà private, di supporto all'attività medico-professionale, di prevenzione a domanda individuale, di recapito referti e farmaci a domicilio, di anagrafe sanitaria, di rete tra ospedali-medici-centri sociali-farmacie-cittadini e, soprattutto, di letto telematico e di ricovero domiciliare con trasmissione e ricezione di dati, di telediagnosi, di teleconsulto, di elaborazione di immagini mediche, di integrazione di servizi diagnostici[7].

---

[6] Si compilava inizialmente per ogni paziente una cartella clinica ad ogni rientro anche in presenza di una stessa patologia. Ciò ovviamente comportava dispendio di tempo, produzione inutile di carta, difficoltà di gestione del materiale archivistico, ma, soprattutto, frantumazione e duplicazione dell'unità archivistica.

[7] L'idea della cartella unica per paziente viene accantonata per problemi non certamente di utilità e necessità ma per ragioni «soggettive» (esclusività della ricerca) e di organizzazione (locali, personale qualificato, immediatezza della ricerca). Viene comunque adottata la validità biennale della cartella clinica del paziente con evidenti vantaggi. Dalle circa 45.000 cartelle per anno prodotte precedentemente si passa a circa la metà con il nuovo sistema con notevole risparmio di risorse umane, di tempo e di spazio nonché con notevoli vantaggi per il paziente e per la ricerca scientifica, come ormai tutti gli operatori ammettono.

Alcune notizie riportate in cartella vengono raccolte al momento dell'impianto del documento. Nei ricoveri successivi si raccolgono ancora gli stessi dati.

Ma il paziente spesso non ricorda tutto il passato o può arrivare in ospedale in condizioni tali da non poter rispondere. Per un intervento immediato ed urgente ci si affida allora alla buona sorte, se non si dispone di una memoria archivistica organizzata e costantemente aggiornata. Di qui la necessità di avere sempre a disposizione i dati utili e indispensabili del paziente ed in tempo reale.

Si dice che alcuni soldati che hanno operato in Africa, anni or sono, siano stati colpiti dal virus dell'AIDS con la conseguente morte. Avere a disposizione oggi tutta la documentazione sanitaria dei militi deceduti potrebbe risultare utile ai fini di una maggiore conoscenza della «peste del duemila» con evidenti benefici per la scienza e per l'uomo.

Di questo sono coscienti molti medici tanto che quando vogliono conoscere, studiare, approfondire alcune problematiche vanno alla ricerca disperata, specialmente per la prepazione di interventi a congressi medici, delle cartelle dei pazienti affetti da un determinato male, provenienti da certe zone, addetti ad identiche lavorazioni perché da una campionatura ampia e osservando una determinata casistica è possibile stabilire nuovi traguardi, formulare nuove ipotesi, applicare nuove metodologie, avviare nuovi interventi e scoprire nuovi segreti per combattere di più e meglio i mali che affliggono l'umanità.

Ma, a parte questo, se esiste l'obbligo della cartella è perché questo documento non è solo utile ma è anche necessario. Se si riconosce l'indispensabilità dell'atto occorre allora conservarlo. Problemi di spazio, trascuratezza degli addetti, confusione sulla responsabilità della tenuta della cartella clinica e non conoscenza delle sanzioni anche penali previste dalle vigenti leggi creano dispersioni, incuranza, abbandono degli archivi.

In un periodo dove i parti avvengono quasi esclusivamente in ospedale, si potrebbe pensare ad un documento sanitario obbligatorio, da conservare cosi come la cartella clinica, che nasce con l'individuo e che lo segue per tutta la vita. Oggi, infatti, per il bambino che nasce in ospedale si compila una scheda (forse non in tutti gli ospedali), e non una cartella clinica, in quanto non è un ammalato.

Responsabilità della compilazione e conservazione della cartella

Per quanto riguarda la responsabilità della compilazione e della tenuta delle cartelle cliniche, essa è demandata al primario della divisione almeno fino alla consegna del materiale all'archivio centrale, quando ovviamente esiste.

In molti ospedali l'organizzazione sanitaria si articola in divisioni, sezioni e servizi speciali. Ogni settore ha un proprio archivio con un'autonoma gestione archivistica. Il direttore del reparto è il responsabile di tutta l'organizzazione e si avvale della collaborazione del personale per l'espletamento delle incombenze affidategli, comprese quelle archivistiche.

Il d.p.r. 27.3.1969, n. 128 demanda al direttore sanitario la vigilanza sull'archivio centrale delle cartelle cliniche. La necessità quindi di concentrare i documenti cessati in un'unica idonea sede è estremamente importante anche ai fini della responsabilità.

Il d.p.r 14.3.1974, n. 225 apporta alcune modifiche al r.d. 2 maggio 1940, n. 1310 sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici. Al titolo primo del nuovo regolamento si incaricano gli infermieri professionali non solo di annotare, sulle schede cliniche, gli abituali rilievi quali la temperatura, il polso, il respiro, la pressione, i secreti, gli escreti ma di conservare anche tutta la documentazione clinica fino al momento della consegna agli archivi centrali.

Circa il periodo di conservazione delle cartelle cliniche esse vanno tenute illimitatamente. La vecchia disciplina creava però incertezza: ecco il perché della distruzione del materiale sanitario.

Infatti la circolare n. 162, protocollo 900.3/1976/A.G. 464 del 5 agosto 1968 del Ministero della sanità invitava «le Amministrazioni ospedaliere, tramite i Medici Provinciali, a conservare le cartelle cliniche per almeno 25 anni, e ciò non solo allo scopo di poter disporre per un periodo sufficientemente lungo di materiale prezioso per la ricerca clinica statistica, ma anche per poter soddisfare le richieste di documentazione ai fini medico legali e pensionistici».

La circolare invitava anche all'osservanza dell'art. 35 del d.p.r. 30 settembre 1963, n. 1409: «Gli enti pubblici stabiliscono con provvedimento motivato dai rispettivi organi deliberanti quali documenti dei propri archivi siano da scartare. Il provvedimento è sottoposto all'approvazione dell'autorità che esercita la vigilanza sull'Ente, previo nulla osta, del competente sovrintendente archivistico».

Purtroppo, molto spesso, si è ottemperato alla prima parte di detta circolare e si è omessa la seconda con la conseguente distruzione della documentazione. Dove essa è stata applicata integralmente le Soprintendenze hanno negato, a volte, il nulla osta: è il caso della Lombardia. La circolare del Ministero della sanità n. 61 del 19 dicembre 1986 ha modificato l'orientamento precedente disponendo la conservazione delle cartelle cliniche illimitatamente «poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la vertenza del diritto oltre a costituire precisa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario».

Nella predetta circolare si precisa anche che la documentazione allegata deve essere conservata per 20 anni.

Per questa documentazione si pone, oltre ad una perplessità per la durata, un duplice problema: la scissione dell'unità archivistica, con tutte le problematiche e i rischi connessi, e la validità giuridica dei dati. Attualmente non sempre tutti gli esami e le radiografie vengono conservate nella cartella, pur facendo parte di un'unica unità archivistica, per i diversi formati dei contenitori e del materiale (cartelle cliniche - radiografie), per il volume della cartella a causa della quantità degli esami prodotti in particolari patologie (trapianti di organi), per il peso (le pellicole radiografiche sono molto pesanti) e perché molti dei dati degli esami vengono trascritti nella cartella.

Ma l'unità archivistica non può essere scissa se non per particolari esigenze, con le dovute cautele e con gli opportuni accorgimenti di richiamo per l'integrità della stessa e per un'organica consultazione e interpretazione corretta dei dati. Infatti non sono rari i casi in cui non è condivisa la diagnosi, la trascrizione dei dati in cartella è quasi sempre parziale (si trascrivono in cartella solamente quei dati che il medico, in quel momento, per quell'intervento, in quelle circostanze e secondo le proprie conoscenze, ritiene utili e necessari), la trascrizione non è convalidata dalla sottoscrizione del medico responsabile degli esami, vi può essere una errata interpretazione dei supporti[8]. Tutto questo consiglia la conservazione di tutto il materiale, allegati compresi, per una visione completa e non solo ai fini giuridici ma anche per una più corretta ricerca scientifica, come già si è detto.

[8] In molti casi i radiologi consegnano solamente una copia del referto radiografico da allegare alla cartella clinica e conservano presso il reparto le radiografie e i referti originali.

Lo scarto di atti d'archivio

Il problema dello scarto è un discorso molto delicato.

Ogni scarto dovrebbe essere effettuato non solo rispettando le procedure previste onde evitare la distruzione di materiale rilevante storicamente e scientificamente e per non incorrere nelle sanzioni previste dal codice penale, ma anche dopo un attento esame dello stesso e dopo aver valutato le situazioni, le circostanze e il contenuto con la consulenza di studiosi medico-scientifici[9].

Le disposizioni vigenti riguardano la cartella clinica. Nulla si dice (o quasi) per la gran mole di materiale prodotto nelle varie cliniche, istituti o servizi: dalle schede individuali alla documentazione relativa a progetti speciali (progetto 45 per la prevenzione degli infarti, prevenzione di particolari tumori, sperimentazione di farmaci, «espianti» d'organi[10] ecc.) altrettanto importante se non di più di tante cartelle cliniche riguardanti patologie comuni o lievissime.

Sarebbe opportuna una regolamentazione più accurata del settore con un'interazione più proficua tra le amministrazioni sanitaria ed archivistica.

Nuove tecniche, nuovi problemi

La circolare ricorda che è possibile ricorrere alla microfilmatura sostitutiva della documentazione, salvo i limiti posti dalla legge archivistica, rispettando i procedimenti tecnici e le modalità della fotoriproduzione e delle autenticazioni.

Le norme relative all'ordinamento ed al personale degli Archivi di Stato sono sempre richiamate e ad esse bisogna in ogni caso far riferimento anche per le modalità di riproduzione.

---

[9] Presso il policlinico S. Matteo di Pavia, infatti, si è previsto, nel nuovo regolamento, che: «È fatto assoluto divieto di procedere a scarti d'archivio senza osservare la procedura prevista dall'art. 35 del d.p.r. 30/9/1963 n. 1409. È di competenza esclusiva del Servizio Archivio promuovere l'*iter* degli scarti, sentiti i Direttori e i Capi Servizio interessati e con provvedimento motivato dell'organo deliberante seguito dall'indispensabile nulla osta della Soprintendenza Archivistica».

[10] Anche in questo caso non esiste la cartella clinica in quanto si tratta di cadavere e non di paziente ricoverato.

Non può essere comunque esercitata la facoltà di riproduzione fotografica per alcuni documenti quali statuti, fascicoli personali, originali di contratti per importi superiori a venticinque milioni.

Per la microfilmatura delle radiografie, a parte il problema della durata della conservazione, esiste comunque una difficoltà di lettura dopo la riproduzione. Infatti nelle patologie delle parti molli ad ogni riproduzione vi è uno scadimento di risoluzione di almeno il 50%. Alcuni tumori visibili nelle radiografie normali non sono sempre ugualmente evidenti nella riproduzione ricavata da microfilms. Si ritiene perciò inutile la microfilmatura di questo materiale.

Le difficoltà della sorveglianza

L'ospedale policlinico S. Matteo di Pavia è una realtà complessa e polivalente: è un ospedale di antiche origini e la sua scuola è considerata una delle migliori e non solo nazionale. Il caso è tipico perché è istituto a carattere scientifico, ha più sedi, è gestito da un consiglio di amministrazione di nomina politica ed esiste cooperazione tra personale universitario e personale dell'ospedale.

Ovviamente, in tale situazione, è abbastanza difficile imporre delle regole anche se dettate da precisi dispositivi legislativi, vuoi perché non si trova mai il vero responsabile, vuoi perché una miriadi di leggi e regolamenti statali, regionali, universitari e dell'ente nonché la farraginosità disorientano spesso l'operatore o perché le disposizioni sono sconosciute o conosciute parzialmente o si privilegia una a svantaggio dell'altra. Nonostante tutte queste difficoltà si è riusciti a sensibilizzare tutti coloro che comunque maneggiano carte ad un rispetto maggiore per questo bene apparentemente inutile ma indispensabile ai fini di una cura migliore del paziente e per una ricerca scientifica più approfondita.

È impossibile citare tutte le attività svolte dall'ente nel passato e che si continuano a svolgere a tutti i livelli. L'ospedale S. Matteo di Pavia ha continui rapporti con università italiane e straniere. Assiste oltre 40.000 pazienti all'anno di tutte le regioni italiane e molti stranieri.

Ha visto tra i suoi collaboratori i più grandi nomi mondiali della medicina: Camillo Golgi, Angelo Scarenzio, Enrico Bottini, Iginio Tan-

sini, Carlo Forlanini, Giovanni Di Guglielmo[11], Girolamo Cardano, Lazzaro Spallanzani, Giovanni Alessandro Brambilla, Antonio Scarpa[12], Agostino Bassi, Cesare Lombroso, Johan Peter e Joseph Frank, Luigi Porta, Gaetano Fighera, Giovanni Morone, Salvatore Donati, Carlo Forlanini, Adolfo Ferrata ecc.

Oggi è impegnato su molti fronti, specialmente su quello tumorale, dell'AIDS e dei trapianti d'organo, con interventi di altissima chirurgia e specializzazione. Continua a distinguersi, come nel passato, per le ricerche d'avanguardia. Se il S. Matteo ha raggiunto un livello cosi alto in campo scientifico è merito soprattutto dell'esperienza del passato e perciò è un dovere conservare la memoria della passata attività e offrire agli studiosi il materiale dei grandi predecessori che hanno posto le basi dell'attuale medicina.

L'opera della Soprintendenza archivistica

Grazie ad anni di lavoro e di accurate ispezioni svolte dallo scrivente[13] presso gli archivi dell'istituto scientifico si è tentato di razionalizzare il sistema archivistico per un utilizzo migliore delle fonti documentarie. Soprattutto si è cercato di sensibilizzare gli operatori e i responsabili delle singole unità archivistiche, di renderli consapevoli del grande valore storico-documentario, nonché scientifico, del patrimonio da loro gestito.

Ci si è impegnati nella creazione di strutture adeguate, in cui conservare la vasta documentazione accumulatasi nel corso della plurise-

---

[11] Durante la permanenza a Pavia Di Guglielmo riconosce le malattie eritremiche (malattia di Di Guglielmo), corrispettivo della leucemia però a carico dei globuli rossi del sangue, tanto che formula la diagnosi completa su un paziente di 50 anni ricoverato presso la Clinica medica pavese il 21 e morto il 25 marzo 1925.

Di Guglielmo nasce a S. Paolo del Brasile il 22 settembre 1886 da genitori di Andretta (AV) emigrati per motivi di lavoro.

[12] Antonio Scarpa di Motta di Livenza (Treviso) è il fondatore della clinica chirurgica pavese (1783).

[13] Si ringrazia il Direttore generale delll'Ufficio centrale per i beni archivistici, la divisione III-Vigilanza e la dott.ssa Andreina Bazzi, Soprintendente archivistico per la Lombardia per la fiducia accordatami nell'espletamento del lavoro ispettivo.

I primi sopralluoghi presso l'ospedale S. Matteo di Pavia iniziano nel 1987 con incarico del direttore dell'Archivio di Stato su richiesta della Soprintendenza archivistica per la Lombardia.

colare vita dell'Istituto e si sono poste le basi per fornire personale specializzato, in grado di agevolare la consultazione del «posseduto», nonché di valorizzare questo materiale per salvaguardarlo dalla noncuranza e dalla negligenza e per tramandare l'illustre tradizione medico-scientifica pavese[14].

L'amministrazione ha ormai acquisito la consapevolezza della valorizzazione del patrimonio storico documentario, l'esigenza della ricerca scientifica e la funzionalità dei servizi amministrativi e sanitari che sempre più spesso lamentavano ritardi e inconvenienti provocati dalle carenze ricordate: obiettivi che sostanzialmente hanno come riferimento l'interesse del cittadino, la cui sanità è garantita nel modo idoneo quando il livello scientifico e l'efficienza della struttura ospedaliera sono una realtà operante, ben raccordata e garantita da un efficace e razionale servizio archivistico[15].

Esso è articolato in cliniche, divisioni, sezioni e servizi. Ma mentre esiste per la Direzione amministrativa un archivio centralizzato, le singole cliniche conservano distinti archivi con evidenti disagi sia per la mancanza di personale qualificato per tali mansioni sia per la moltitudine di locali occupati e non sempre rispondenti alle disposizioni di legge.

La documentazione fino al 1700, relativamente alla parte amministrativa, è stata depositata presso l'Archivio di Stato di Pavia con convenzione del 1° luglio 1980, come già detto, e anche se il deposito non è stato ancora completato, è possibile offrire al cittadino l'opportunità della consultazione del preziosissimo materiale, con tutte le garanzie di sicurezza offerte dall'istituto pavese.

Dopo il deposito si ha, oltretutto, una conoscenza abbastanza ade-

---

[14] «Considerata la natura di istituto di ricerca dell'IRCCS San Matteo, e gli artt. 21 e 22 del D.P.R. 30/9/1963 n. 1409, e pur assicurando le esigenze della ricerca, la riservatezza della documentazione sanitaria nella sua utilizzazione scientifica dovrà essere garantita provvedendo ad evitare l'identificazione del paziente nel rispetto peraltro degli ordinamenti particolari».

[15] Per un servizio migliore al cittadino si è previsto che alla numerazione generale venga abbinata una numerazione progressiva delle cartelle nell'ambito di ciascuna clinica. Questo secondo numero viene comunicato ai ricoverati o ai loro familiari mediante la consegna di un apposito tesserino al momento delle dimissioni per una ricerca immediata del documento in caso di necessità. Si è previsto inoltre la consegna delle cartelle cliniche, regolarmente aggiornate, all'archivio entro quarantotto ore dalle dimissioni anche per consentire il rilascio della copia della cartella ai richiedenti nei termini di legge (dieci giorni).

guata di tutto l'archivio amministrativo, con la redazione dei cinque volumi che costituiscono l'elenco di deposito. Per le carte del periodo successivo comprendente l'800 e il 900 non si dispone ancora, purtroppo, di uno strumento che indichi la consistenza qualitativa e quantitativa dell'archivio. Per queste ultime occorre ancora risolvere una serie di problemi che vanno dalla sede di conservazione al lavoro di riordinamento, dalla inventariazione alle procedure di accesso, dall'impianto di sistemi di elaborazione informatica alla riorganizzazione del servizio archivio in termini di dotazioni organiche e di formazione.

Per l'archivio ospedaliero è stato fatto molto con l'adozione di numerosi provvedimenti, ma molto resta ancora da fare.

Il consiglio di amministrazione ha deliberato la costituzione di un archivio centralizzato nell'ambito del policlinico dove raccogliere tutta la documentazione sanitaria prodotta, dopo ovviamente aver predisposto, con tutti i requisiti del caso, i locali[16] e «preso atto della necessità di riconsiderare l'aspetto archivistico della gestione amministrativo sanitaria dell'IRCCS nell'ottica delle disposizioni di legge vigenti e sulle scorte degli ultimi indirizzi ministeriali, con particolare attenzione alla peculiare natura di istituto scientifico del policlinico S. Matteo» e «atteso che in corso di svolgimento una visita ispettiva da parte della Soprintendenza archivistica per la Lombardia presso gli archivi amministrativi e sanitari situati in via Mentana e in Piazzale Golgi», nell'intento di concretare la serie dei provvedimenti necessari, nomina, con delibera 196/88 prot. 2040/Gen./82 del 15 febbraio 1988, una commissione per lo studio del problema archivistico e per la ricerca di una

[16] «È istituito l'Archivio centralizzato della documentazione sanitaria, come da D.C. N. R.C. 2468/90 e n. Prot. 3714/GEN/89.

Il Direttore Sanitario è responsabile dell'archivio centrale della documentazione sanitaria (art. 5 RO). Il personale amministrativo addettovi è alle sue dipendenze così come previsto per l'altro personale amministrativo assegnato alla Direzione Sanitaria; con decorrenza 1/1/90 la gestione archivistica delle cartelle cliniche dell'IRCCS San Matteo si attua in modo uniforme per tutto l'Ospedale. Di conseguenza la numerazione delle cartelle suddette è unica e progressiva in serie annuali. A partire da tale data, la cartella clinica consta di due parti. La prima, in forma di busta contenitrice, riporta data di carattere archivistico e viene fornita, già numerata, dal Servizio cartelle alle Cliniche del Policlinico. La seconda, in forma di fascicolo con formato A4 e tipo di carta uniformi per tutto l'IRCCS, contiene prevalentemente i dati clinici occorrenti, articolati ed organizzati a seconda delle necessità delle singole Cliniche; in attesa di soluzioni tecnico-informatiche adeguate, ha origine presso le Cliniche stesse, dove si compie anche l'unione delle due parti,...».. Allegato A del regolamento.

sistemazione idonea di tutte le carte con il duplice scopo della salvaguardia del materiale in questione e di rendere più funzionale il sistema archivistico anche ai fini di una migliore utilizzazione delle pratiche correnti.

La commissione ha subito evidenziato la necessità di provvedere ad una radicale revisione ed aggiornamento dell'impostazione e della gestione delle cartelle cliniche e al salvataggio degli archivi definiti «a rischio».

Si sono allestiti i locali nell'edificio ex infettivi e sono stati trasferiti colà gli archivi di radiologia, cardiologia, radioterapia, otorino e urologia.

La commissione individua, frattanto, un locale da adibire ad archivio: l'emiciclo della clinica pediatrica. Attualmente i lavori di adeguamento dovrebbero essere terminati e si potrà quindi trasferire tutto il materiale archivistico, ovviamente dopo le operazioni di scarto.

Ci si accorge però che la commissione ha solo compiti di studio e quindi non è propositiva e ciò implica una notevole perdita di tempo.

Con delibera 803 prot. 2040/82/gen. del 2 maggio 1989, il consiglio di amministrazione, «preso atto della necessità di meglio precisare i compiti della suddetta Commissione, identificandoli, oltreché in un'attività di analisi dei problemi amministrativi sotto l'aspetto archivistico, anche nel successivo momento propositivo da sottoporre poi al consiglio d'amministrazione per le decisioni opportune», approva il riconoscimento formale delle funzioni di studio e propositive della commissione per i problemi archivistici dell'IRCCS S. Matteo.

Si avverte la necessità anche di rideterminare la composizione della commissione «includendovi tra l'altro quanti, per loro funzioni e esperienza possono contribuire fattivamente al suo miglioramento» e cioè tutti i capi ripartizione, anche in considerazione di alcune difficoltà di carattere amministrativo-pratiche riscontrate nell'applicazione delle decisioni della commissione.

Si incarica il direttore dell'Achivio di Stato di Pavia e lo scrivente di redigere una prima bozza di regolamento per il settore amministrativo. Successivamente lo scrivente con il vice direttore sanitario e il responsabile dell'archivio e l'aiuto di personale addetto alle cartelle cliniche predispone un documento anche per il settore sanitario e scientifico. Dopo i necessari raccordi e fusione con la precedente bozza, esso viene

sottoposto al comitato tecnico scientifico e quindi all'approvazione del consiglio di amministrazione.

Il regolamento ottiene anche l'approvazione del Ministero della sanità.

Si è modificato integralmente l'iter della gestione prevedendo, ovviamente, un'impostazione diversa del sistema archivistico, compreso l'archivio corrente, tenendo presente tutti gli inconvenienti registrati nelle visite ispettive nonché l'istituzione della sezione separata d'archivio.

Per l'archivio sanitario si è studiata una busta sul cui frontespizio vengono riportate tutte le generalità del paziente, il numero progressivo generale e quello particolare di clinica nonché quant'altro previsto dalle leggi sanitarie nella quale si conserva la cartella clinica del paziente di durata biennale[17].

La documentazione resta presso il reparto per tre anni: passa poi all'archivio generale centralizzato.

La busta, inoltre, è stata concepita anche con tutte le caratteristiche per una eventuale microfilmatura sostitutiva[18].

La gestione delle cartelle di alcune cliniche a livello centrale avviene anche mediante supporti informatici sperimentali con la scannerizzazione delle stesse con tutti gli allegati.

La «rivoluzione» della cartella ha imposto una serie di incontri (cin-

---

[17] «La validità delle cartelle cliniche è biennale; nell'ambito del periodo di validità saranno riutilizzate per rientri dei pazienti nelle medesime cliniche.

Esempi - limite di validità: ENTRATA 1/1/1989 SCADENZA 31/12/1990

ENTRATA 31/12/1989 SCADENZA 31/12/1990

(qualunque sia il giorno di ingresso, la data di scadenza è il 31/12 dell'anno successivo).

Decorso il periodo di validità, le cartelle cliniche resteranno presso gli archivi di clinica per un ulteriore anno, ai soli fini di consultazione e senza possibilità di riapertura per aggiornamento; in casi di rientro dello stesso paziente dovrà essere richiesta una cartella clinica nuova che verrà messa in relazione con le precedenti relative allo stesso nominativo mediante annotazioni sulle medesime.

A scadenza del triennio, le cartelle cliniche saranno versate all'archivio centrale a richiesta dello stesso e secondo una scaletta di richiamo predisposta dal responsabile del Servizio cartelle.

Durante la permanenza presso gli archivi delle Cliniche, le cartelle saranno custodite in armadi chiusi a chiave. Copia delle chiavi saranno riposte, a cura del Capo Sala e dei responsabili degli archivi di clinica, nell'armadietto degli stupefacenti in busta sigillata e firmata dai depositanti».

[18] «Tutte la documentazione contenuta nelle cartelle cliniche (diario, cartella anestesiologica, elettrocardiogramma, referti vari ecc.) non dovrà superare il formato A4, con eccezione per le lastre radiografiche, che pur essendo parte integrante della cartella clinica dovranno essere conservate in busta a parte riportante i dati archivistici essenziali (numero cartella, nome paziente ecc.) e collocata accanto alla cartella clinica relativa».

que) con i direttori di clinica o con i loro rappresentanti, i capisala e gli archivisti per illustrare l'utilità di uniformazione del sistema archivistico, dell'informatizzazione della gestione per un migliore utilizzo ai fini medico-scientifici nonché della responsabilità della tenuta della documentazione fino al versamento della stessa all'archivio centrale.

Il lavoro ha richiesto un impegno notevole. L'opera è a buon punto: si spera di completarla con buoni risultati il più presto possibile.

Qualche parola va infine spesa anche per tutti gli ospedali privati e per le fondazioni spesso con il riconoscimento di istituto di ricerca a carattere scientifico. Pur rispettando le normative sanitarie queste ultime sfuggono alla legge archivistica.

Per le motivazioni sopra descritte e per l'importanza della documentazione prodotta la legge archivistica dovrebbe essere estesa anche a tutti questi istituti oltretutto, sembra, in continua proliferazione.

E infine, molte cliniche e servizi ospedalieri pavesi, comprese alcune fondazioni e cliniche private, sono diretti da docenti universitari. Considerata la valenza della ricerca pavese e il rapporto della università con gli atenei stranieri, si è iniziato, su incarico della Soprintendenza archivistica per la Lombardia, un controllo anche agli archivi dell'università. Si è già ottenuta la collaborazione del rettore che ha provveduto, anche in questo caso e su sollecitazione dello scrivente, a nominare una commissione. I primi risultati sono evidenti: è stato recuperato tutto l'archivio della seconda metà dell'800 fino ai primi del 900, quella parte cioè non depositata presso l'Archivio di Stato di Pavia, malamente conservata in sottotetti e si è collocata in locali più adeguati presso il dipartimento storico-geografico. È stata avviata una sommaria schedatura del materiale e si spera di metterlo a disposizione degli studiosi in breve tempo.